



BACHELORARBEIT

Herr
Florian Moritz Constantin Becker

Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Die Komponente Patientenzufriedenheit

Empirische Analyse der Korrelation von der Gesamtzufriedenheit der Patienten und der Zufriedenheit mit einzelnen Leistungsfaktoren anhand geographischer Spezifika basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

2014

BACHELORARBEIT

Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Die Komponente Patientenzufriedenheit

Empirische Analyse der Korrelation von der Gesamtzufriedenheit der Patienten und der Zufriedenheit mit einzelnen Leistungsfaktoren anhand geographischer Spezifika basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Autor/in:

Herr Florian Moritz Constantin Becker

Studiengang:

Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:

GM11wP1-B

Erstprüfer:

Prof. Heinrich Wiedemann

Zweitprüfer:

Florian Friedrich
MBA, Diplom Betriebswirt (FH)

Einreichung:

München, 24.06.2014

BACHELOR THESIS

Quality management in medical practices – The component of patient satisfaction

Empirical analysis of the correlation of patient satisfaction and satisfaction with individual performance factors based on geographical specifics according to the available scientific evidence

author:

Mr. Florian Moritz Constantin Becker

course of studies:

Health Care Management

seminar group:

GM11w1-B

first examiner:

Prof. Heinrich Wiedemann

second examiner:

Florian Friedrich
MBA, Diplom Betriebswirt (FH)

submission:

Munich, 24.06.2014

Bibliografische Angaben

Becker, Florian Moritz Constantin:

Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Die Komponente Patientenzufriedenheit
*Empirische Analyse der Korrelation von der Gesamtzufriedenheit der Patienten
und der Zufriedenheit mit einzelnen Leistungsfaktoren anhand geographischer
Spezifika basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft*

Quality management in medical practices – The component of patient satisfaction
*Empirical analysis of the correlation of patient satisfaction and satisfaction with
individual performance factors based on geographical specifics according to the
available scientific evidence*

66 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Abstract

Ob Patienten einen Arztbesuch als erfolgreich empfinden, hängt mit vielen Faktoren zusammen. Mit der Einführung eines externen und internen Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitswesen wurde die Komponente der Patientenzufriedenheit immer mehr in den Mittelpunkt gerückt. Diese Arbeit hat sich das Ziel gesetzt das Qualitätsmanagement mit den wichtigsten Facetten und Merkmalen darzustellen und vor allem den Punkt der Patientenzufriedenheit zu beleuchten. Im ersten Teil wird der aktuelle wissenschaftliche Forschungsstand in Arztpraxen, bisherige Studien, Qualitätsmanagementsysteme und deren verschiedenen Ausprägungen erläutert und dargestellt.

Im zweiten Teil zeigt eine empirische Erhebung, dass zwischen der Gesamtzufriedenheit und den einzelnen Leistungsfaktoren einen verschieden ausgeprägten korrelierenden Zusammenhang besteht.

Des Weiteren werden die Ergebnisse der Erhebung dargestellt und analysiert, bevor es zu abschließenden Prognosen und Handlungsempfehlungen kommt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Hinführung zur wissenschaftlichen Fragestellung	1
1.1 Gesetzliche Grundlage.....	1
1.2 Qualitätsmanagement in Arztpraxen	2
1.3 Konsequenzen	4
2 Aktueller Stand der wissenschaftlichen Forschung zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen	6
2.1 Begriffserklärungen	6
2.1.1 Qualität	6
2.1.2 Qualitätsmanagement	8
2.1.3 Qualitätsmanagementsysteme	9
2.2 Studien zum Thema Patientenzufriedenheit	9
2.3 Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems	14
2.4 QM-Systeme im Vergleich.....	16
2.4.1 DIN EN ISO 9001:2008.....	16
2.4.2 QEP	16
2.4.3 KTQ	17
2.4.4 EPA	17
2.4.5 Individuelles QM-System	17
2.4.6 Zusammenfassung	18
2.5 Instrumente des Qualitätsmanagements	18
2.5.1 Instrumente der Qualitätsplanung	19
2.5.2 Instrumente der Qualitätslenkung.....	19
2.5.3 Instrumente der Qualitätsprüfung	19
2.5.4 QM-Darlegung	20
2.6 Patientenzufriedenheit	21
3 Empirie.....	24
3.1 Hintergründe und Rahmenbedingungen.....	24
3.2 Zufriedenheitsmodell.....	25

3.2.1	Die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg	25
3.2.2	KANO-Modell	25
3.3	Chancen und Probleme	26
4	Ergebnisdarstellung	28
4.1	Deskriptive Statistik	28
4.1.1	Häufigkeitsverteilungen	28
4.1.2	Gesamtzufriedenheit	30
4.1.3	Wartezeiten	34
4.1.4	Erwartungs- und Zufriedenheitswerte einzelner Leistungsfaktoren 36	
4.2	Korrelation	38
4.2.1	Korrelationswerte der gesamten Stichprobe	39
4.2.2	Korrelationswerte nach Geschlechtern	41
4.2.3	Korrelationswerte nach Versicherung	42
4.2.4	Korrelationswerte nach Versicherung	44
5	Schluss	47
5.1	Prognosen	47
5.2	Fazit	48
	Literaturverzeichnis	XI
	Anlagen	XV
	Eigenständigkeitserklärung	XVI

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DIN	Deutsche Industrie Norm
EN	Europäische Norm
EPA	European Praxis Assessment
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesundheits-Strukturgesetz
H0	Null-Hypothese
IfD	Institut für Demoskopie Allensbach
ISO	International Organization for Standardization
KKG	Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MLP	Marschollek, Lautenschläger und Partner
n	Stichprobe
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte
p	Wahrscheinlichkeit
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem
SGB	Fünftes Sozialgesetzbuch
sig.	signifikant
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences (Software)
TK	Techniker Krankenkasse
TNS	Taylor Nelson Sofres (Firma)
WINEG	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
ZAP	Zufriedenheit der ambulanten Versorgung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PDCA-Zyklus in Anlehnung an Edward Deming	8
Abbildung 2: Zufriedenheit der Bevölkerung mit deutschem Gesundheitssystem	13
Abbildung 3: Darstellung der Umsetzungsphasen des G-BA.....	15
Abbildung 4: Instrumente des Qualitätsmanagements in Anlehnung an Grünwald & Pagenkemper.....	20
Abbildung 5: Komponenten der Patientenzufriedenheitsanalyse	22
Abbildung 6: Eisberg-Modell.....	23
Abbildung 7: Verteilung der Altersgruppen	28
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung: Versicherungstyp	29
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung: Ort der Arztpraxis.....	30
Abbildung 10: Skalierung Gesamtzufriedenheit	30
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Zufriedenheit.....	31
Abbildung 12: Zufriedenheit nach Altersgruppen	32
Abbildung 13: Zufriedenheit nach Versicherungstyp.....	32
Abbildung 14: Zufriedenheit nach Ort der Behandlung	33
Abbildung 15: Zufriedenheit nach Geschlecht	33
Abbildung 16: Durchschnittliche Wartezeiten - auf den Termin und im Wartezimmer	34
Abbildung 17: Skalierung Erwartungen - eingetrafene Erwartungen.....	36
Abbildung 18: Erwartung und eingetrafene Zufriedenheit	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwert Gesamtzufriedenheit.....	31
Tabelle 2: Wartezeit auf einen Termin (in Tagen) nach Geschlecht.....	35
Tabelle 3: Wartezeit auf einen Termin (in Tagen) nach Versicherungstyp	35
Tabelle 4: Wartezeit auf Termin (in Tagen) nach Ort der Behandlung	36
Tabelle 5: Interpretation des Korrelationskoeffizienten nach Bühl.....	38
Tabelle 6: Korrelationswerte Gesamtzufriedenheit mit einzelnen Leistungsfaktoren - gesamte Stichprobe	40
Tabelle 7: Hypothesentest gesamte Stichprobe - Korrelationen nach Spearman	40
Tabelle 8: Korrelationswerte nach Geschlechtern	41
Tabelle 9: Hypothesentests Korrelationen nach Geschlechtern - Kompetenz des Personals	42
Tabelle 10: Korrelationswerte nach Versicherungstyp	43
Tabelle 11: Hypothesentests Korrelationen nach Versicherungstyp - Faktor Diskretion .	44
Tabelle 12: Korrelationswerte nach Behandlungsort.....	44
Tabelle 13: Hypothesentests Korrelationen nach Behandlungsort - Faktor Wartezeit Wartezimmer.....	45

1 Hinführung zur wissenschaftlichen Fragestellung

„Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter, und Patienten sind keine Kunden. Ich halte nichts davon, unser ganzes Leben in Begriffe der Betriebswirtschaft zu pressen. Die medizinische Versorgung darf nicht auf eine ‘Dienstleistung’ reduziert werden.“¹

Diese Worte sprach der damalige Bundespräsident Johannes Rau auf dem 107. Deutschen Ärztetag in Bremen. Rau spricht damit die seit Beginn des 21. Jahrhunderts zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen und die daraus resultierenden Veränderungen der Arzt-Patienten-Beziehung an. Das Deutsche Gesundheitssystem sei mit seinen Strukturen vielen medizinischen Versorgungssystemen, die es auf der Welt gäbe, weit voraus. Dennoch ist es wichtig, das ursprüngliche Merkmal, den menschlichen Umgang mit der Krankheit beizubehalten, um weiterhin den Patienten und nicht die wirtschaftlichen Interessen im Mittelpunkt zu halten.²

Auf diese Entwicklung bezieht sich auch Gerhard Rogler³, der aufgrund von aufkommender Wirtschaft Veränderungen des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient sehr kritisch beäugt. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass der Arzt immer häufiger als „Dienstleister“ angesehen wird, während sich der Patient mehr und mehr als „Kunde“ sieht. Die Ursache für diese Umstrukturierung lässt sich seiner Meinung nach mit gesetzlichen Richtlinien erklären, welche nach und nach beschlossen wurden und in Kraft getreten sind.

1.1 Gesetzliche Grundlage

Eine dieser Gesetzesbeschlüsse lässt sich im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) finden. In § 135a Absatz 1 heißt es:

„Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“⁴

¹ Rau, www.bundespraesident.de, Zugriff v. 05.03.2014

² Vgl. ebenda

³ Vgl. Rogler, 2008, 69

⁴ www.gesetze-im-internet.de, Zugriff v. 06.03.2014

Des Weiteren heißt es, dass Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen gemäß den §§ 137 und 137d dazu verpflichtet sind, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen. Dies gilt es auch weiterzuentwickeln und in der Folgezeit zu verbessern, um die Qualität im Gesundheitswesen weiter zu steigern.⁵

Die gesetzliche Grundlage wurde schon 1989 mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) geschaffen, welches zur Einführung qualitätsverbessernden Maßnahmen verpflichtete. Erweitert wurde das GRG durch das GSG, das Gesundheits-Strukturgesetz. Dieses Gesetz wurde 1993 zur Erweiterung der Qualitätssicherung im ambulanten medizinischen Bereich.⁶

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, dem sogenannten GKV-Reformgesetz wurden eben genannte Paragraphen §§ 135a und 137 gesetzlich geregelt und seitdem kontinuierlich überarbeitet und ergänzt.⁷

1.2 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Im Jahr 2005 wurden erstmalig Qualitätsberichte für das vorangegangene Jahr angefertigt und ausgewertet. Neben Struktur- und Leistungsdaten, Daten, welche sich auf die Kapazität, die Örtlichkeit und die behandelten Fälle beziehen, sollten in diesen Berichten ebenso Daten zur Qualitätssicherung festgehalten werden.

Die in Abschnitt 1.1 beschriebenen gesetzlichen Regelungen lassen den Anschein erwecken, dass sich das deutsche Gesundheitssystem von der patientenbezogenen Behandlung hin zur ökonomischen Behandlung entwickelt. Deshalb werden Ärzte zunehmend als Dienstleister und Patienten als Kunden betrachtet. Kühn⁸ spricht sogar davon, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient einem Arbeitsprozess gleicht. Dieser wird jedoch durch die grundlegenden strukturellen und finanziellen Umgestaltungen des Gesundheitswesens ebenso geändert.

Die ursprüngliche Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt wird nach einigen Meinungen aufgebrochen und zu einem wirtschaftlichen „Dienstleistungsverhältnis“. Werden diese Ansichten betrachtet, scheint es, als hätten die neueren gesetzlichen Regelungen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion vor allem negative Konsequenzen. Fakt ist aller-

⁵ Vgl. ebenda

⁶ Vgl. Ernst, 2008, 23

⁷ Vgl. Kahla-Witzsch, 2009, 25-26

⁸ Bibliothek.wz-berlin.de, Zugriff v. 06.03.2014

dings, dass die Qualitätssicherung eingeführt wurde, um zwar medizinische Einrichtungen durchaus mehr zu ökonomisieren, aber auch die praxisinternen Abläufe und die medizinischen Interventionen zu verbessern.

Da qualitätssichernde Maßnahmen ihren Ursprung in der Betriebswirtschaftslehre und der Unternehmenspolitik besitzen, sollte wohl überlegt sein, ob qualitätsverbessernde Maßnahmen aus dem industriellen Unternehmensbereich eins zu eins übernommen werden sollten, da in diesem Fall die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung mit der Wirtschaftlichkeit zusammenhängt.

In der Industriebranche wird beispielsweise von guter Qualität der Arbeitsprozesse dann gesprochen, wenn auch wirtschaftlich effizient gehandelt wird. Ziel und Beweggrund für qualitätssichernde Anordnungen sei im Gesundheitswesen weiterhin der Patient und nicht die Arbeits- und Kosteneinsparung.⁹

Dies heißt nicht, dass finanzielle Aspekte missachtet werden. Im Gegenteil, ihnen wird vor allem, als positive Folge eines guten Qualitätsmanagements, Aufmerksamkeit geschenkt. Es besteht seit längerer Zeit der Leitsatz: *„Wer vor allem die Kosten beachtet, senkt die Qualität – wer vor allem die Qualität beachtet, senkt die Kosten!“*¹⁰

Überdies bezeichnet die Bundesärztekammer in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften¹¹ die Zusammenarbeit als das wichtigste Kernelement eines umfassenden Qualitätsmanagements. Gesundheitsspezifisches Qualitätsmanagement sollte dazu führen, dass jeder im Gesundheitswesen Tätige die Qualität der Patientenversorgung im Mittelpunkt sieht. Dies gilt auch sektorenübergreifend. Individuelles Handeln und eigene Interessen müssen hinten anstehen.

Ein weiterer positiver Aspekt eines umfassenden Qualitätsmanagements lässt sich auch in der Ursachenforschung erkennen. So soll nicht das Verschulden möglicher Fehler oder Mängel aufgedeckt, sondern die Ursachen für unzureichende Qualität identifiziert und behoben werden. Mit Hilfe von Verbesserungsmaßnahmen soll auf diese Weise die Qualität verbessert werden. Hier lässt sich auch ein ursprüngliches Ziel der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erkennen. Es ist nicht wichtig, wer verantwortlich für entstandene Fehler ist. Es ist aber vor allem wichtig, diese Fehler und Schwachstellen zu minimieren bzw. zu vermeiden und die Behandlungs- und Arbeitsqualität dadurch zu verbessern, so dass Qualitätsmängel gar nicht erst auftreten.¹²

⁹ Bundesärztekammer, 2007, 3-6

¹⁰ Bundesärztekammer, 2007, 6

¹¹ Vgl. ebenda

¹² Bundesärztekammer, 2007, 6

Wie bereits erwähnt, soll vor allem der Behandlungsprozess qualitativ verbessert und dementsprechend auch effizienter gestaltet werden. Dies bringt nicht nur der Arztpraxis an sich Nutzen, sondern ist auch ein wesentlicher Vorteil für die Patienten. Einer der wichtigsten Faktoren in einem qualitätsorientierten Managementsystem ist die Tatsache, dass die Meinung des Patienten berücksichtigt werden soll. Diese spiegelt sich unter anderem in der Patientenzufriedenheit wider.

Die Zufriedenheit der Patienten hängt stark mit der eigentlichen Behandlung des Behandlungsgrundes zusammen. So sind vor allem Fähigkeiten und Fertigkeiten des Praxisteam von großer Bedeutung. Daneben spielen aber auch praxisinterne Qualitätsprozesse eine entscheidende Rolle, um die Zufriedenheit der Patienten zu steigern und folglich langfristig einen Patientenstamm aufzubauen. Dies würde dazu führen, den wirtschaftlichen Erfolg einer medizinischen Einrichtung über einen längeren Zeitraum zu sichern.¹³

Dies ist der Grund, warum die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten auf persönlicher Ebene überaus wichtig ist. Der Arzt ist in vielerlei Hinsicht der fachkundig Wissende, der die richtige Behandlung und Therapie anordnen kann. Ihm gegenüber sitzt der Patient, der der Kompetenzen des behandelnden Arztes vertrauen muss. Es gibt jedoch auch Situationen, in denen der Patient weitaus mehr Wissen über medizinische Themen hat, als der Mediziner erahnt. Insofern ist es sehr wichtig, dass Arzt und Patient eine auf Vertrauen basierende Beziehung aufbauen.¹⁴

Ist dies der Fall, so ist es für beide Parteien einfacher die Behandlung durchzuführen bzw. zu akzeptieren. Der Arzt kann dementsprechend handeln und der Patient fühlt sich geborgen. Außerdem ist ein auf Vertrauen basierendes Arzt-Patienten-Verhältnis die Grundlage aller weiteren künftigen Interaktionen zwischen Arzt oder Praxis und dem Patienten.

1.3 Konsequenzen

Es sollte also Anliegen eines jeden Arztes sein, die Beziehung zu seinen Patienten aufrecht zu erhalten und zu pflegen. Durch die große Anzahl an gesetzlichen Richtlinien besteht jedoch teilweise die Gefahr, dass sich viele Ärzte immer mehr um die eigenen Bedürfnisse kümmern, speziell um die eigenen finanziellen Interessen.

Dadurch, dass vor allem der Arzt häufig als Dienstleister und der Patient als Kunde bezeichnet wird, besteht die Gefahr, die persönliche Ebene der Beziehung zwischen Arzt und Patient komplett aufzuheben.

Es darf jedoch nicht so weit kommen, dass im Gesundheitswesen nur noch die rein wirt-

¹³ Weber, www.kbv.de, Zugriff v. 22.03.2014

¹⁴ Bestmann & Verheyen, www.tk.de, Zugriff v. 08.03.2014

schaftliche Seite, also das Interesse des Arztes Geld zu verdienen, auf die Behandlung von Krankheiten Einfluss hat. Die Herausforderung besteht deshalb darin, die gesetzlichen Vorgaben bezüglich qualitätssichernder Maßnahmen zusammen mit der medizinischen Komponente zu lösen. Dies ist jedoch nicht immer einfach. Denn im unternehmerischen Handeln wird heutzutage leicht der Bezug zum „Kunden“ beziehungsweise Patienten verloren.

Im Gesundheitswesen hat die Arzt-Patienten-Beziehung einen großen Stellenwert. Die Bedeutung dieser Komponente wird auch in Zukunft nicht geringer werden, sondern eher größer.

Aus diesem Grund geht es in dieser Arbeit um Qualitätsmanagement in Arztpraxen. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Patientenzufriedenheit gelegt werden.

Fortlaufend soll vorerst der aktuelle Forschungsstand dieses Themengebietes erfasst werden, um einen allgemeinen Überblick zu schaffen. Des Weiteren werden für den Verlauf dieser Arbeit auftretende Begriffe definiert.

Mit Hilfe einer empirischen Erhebung in Form eines Fragebogens und unter Anwendung des 2-Faktoren-Modells nach Herzberg sollen, einerseits die aktuelle Gesamtzufriedenheit erhoben werden und andererseits die für die Patientenzufriedenheit wichtigen Faktoren herausgefiltert werden. Die erhobenen Ergebnisse und Auswertungen werden anhand von grafischen Untermauerungen dargestellt und können auf diese Weise einfacher verstanden werden. Dieses Vorgehen lässt für künftige Behandlungen immer wichtiger werdende Faktoren erkennen. Als positive Schlussfolgerung daraus, lassen sich Handlungsempfehlungen aussprechen, die für die nächsten Jahre im medizinischen Bereich Hilfe leisten.

Aus Gründen der Lesbarkeit und der vereinfachten Darstellung wird in dieser Arbeit bevorzugt die männliche Ausprägung des Arztbegriffes gewählt. Dies soll auf keinen Fall eine Abwertung aller Ärztinnen sein.

2 Aktueller Stand der wissenschaftlichen Forschung zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen

2.1 Begriffserklärungen

Zur besseren Verständlichkeit sind für die gesamte Arbeit bestehende Begriffserläuterungen notwendig. Diese beziehen sich sowohl auf grundlegende Begriffe als auch auf künftig auftretende Unterpunkte.

2.1.1 Qualität

Weil jede Person seine eigene Definition bezüglich der Qualität einzelner Dienstleistungen oder Produkte, basierend auf täglichen Erfahrungen, hat, wird dem Begriff „Qualität“ ein teils subjektiver Charakter zugewiesen. Die Komplexität des Qualitätsbegriffes lässt keine eindeutige Definition zu. Dabei sollte auch aufgepasst werden, den Begriff nicht willkürlich aus dem technischen Bereich in das Gesundheitswesen zu übertragen. Um jedoch einen groben Überblick zu schaffen, soll zu allererst die ursprüngliche Wortherkunft betrachtet werden.

Qualität an sich ist ein neutrales Wort, ohne jegliche Deutung. Das Wort Qualität leitet sich von den lateinischen Worten „qualitas“ oder „qualis“ ab und bedeutet so viel wie „Beschaffenheit, Eigenart“ beziehungsweise „wie beschaffen“. ¹⁵ Die inhaltliche Bedeutung der Qualität zielt demnach auf die Charakteristik einer Sache ab.

Auch der Duden spricht von der Gesamtheit der charakteristischen Eigenschaften und der Beschaffenheit. Als weitere Begriffserklärung wird jedoch die „Güte“ beschrieben, welche einer Sache bereits eine Wertung geben soll. ¹⁶

Qualitätsbegriff nach DIN EN ISO

Bei der Definition des deutschen Instituts der Normung sollen zwei Definitionen angegeben werden. Hierbei handelt es sich zum einen um die abgelöste DIN EN ISO 8402 aus dem Jahr 1995 und zum anderen um die DIN EN ISO 9000 aus dem Jahr 2005, also die aktuell geltende Norm aus dem Qualitätsmanagement.

¹⁵ Vgl. Stowasser, 1998

¹⁶ www.duden.de, Zugriff v. 16.03.2014

Betrachtet man die ältere DIN EN ISO 8402, so wurde die Qualität damals noch als „die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“, definiert.¹⁷

Abgelöst wurde diese Norm von der aktuell geltenden DIN EN ISO 9000:2005. Hier wird Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“, beschrieben.¹⁸

Ziel dieser Norm ist es, dass von „guter“ beziehungsweise „schlechter“ Qualität gesprochen werden kann. In der Formulierung selbst ist es das Wort „Grad“, das eine Wertung in die gute oder in die schlechte Richtung zulässt.

Diese zwei normgerechten Definitionen werden jedoch in der Medizin relativ selten benutzt, da sie nicht so einfach auf das Gesundheitswesen übertragen werden können.

Der Qualitätsbegriff in der Medizin

Eine umfassende Definition der Qualität eines Gesundheitswesens, welches sich problemlos auf die einzelnen medizinischen Einrichtungen projizieren lässt gibt die World Health Organization in ihrer Publikation „Quality of care“.¹⁹

Demnach sollte ein Gesundheitssystem folgende sechs Ebenen der Qualität beinhalten:

Ebene 1 beschreibt die Effektivität. Es sollte deshalb eine Versorgung bereitgestellt werden, welche zu einem besseren Gesundheitsergebnis auf Grundlage des individuellen Bedarfs führt.

Ebene 2 geht auf die Effizienz ein, weshalb die Gesundheitsversorgung so stattfinden soll, dass keine Ressourcen verschwendet werden, das Problem an sich aber trotzdem behandelt werden kann.

Auch sollte die Gesundheitsversorgung immer und für jeden zugänglich sein. Dies zeichnet Ebene 3 der WHO aus.

Natürlich sollte die Behandlung des Patienten im Zentrum stehen und nicht die Interessen des Arztes. Darauf zielt Ebene 4 ab, während Ebene 5 die Gleichheit aller im Gesundheitssystem beschreibt. Es dürfen keine Unterschiede gemacht werden, die bezüglich des Geschlechts, der Hautfarbe oder des soziokulturellen Standes variieren. Als letzte und nahezu wichtigste Qualitätsebene wird die Sicherheit bezeichnet. Gesundheitliche Risiken sollen aus diesem Grund weitestgehend minimiert werden.

Die Komplexität und das Spektrum des Qualitätsbegriffes zeigen sich auch in eben genannten Definitionen. Während sich der Qualitätsbegriff des Deutschen Instituts für Normung eher auf den technischen Bereich konzentriert, bezieht sich die WHO auf

¹⁷ Vgl. DIN EN ISO, 1995

¹⁸ Koch, 2009, 369

¹⁹ www.who.int, Zugriff v. 16.03.2014

verschiedene Ebenen, welche sich im Behandlungsverlauf des Patienten wiederfinden. Zusammenfassend kann man sagen, dass sich Qualität einerseits von der Beschaffenheit einer Dienstleistung und andererseits von der Güte und dem vom Patienten empfundenen Behandlungsverlauf abhängt.

2.1.2 Qualitätsmanagement

Um die Qualität im Gesundheitswesen zu garantieren und kontinuierlich zu verbessern wurde das Qualitätsmanagement eingeführt.

„Management“ leitet sich von dem lateinischen Ausdruck manus agere „Hände führen“ ab.²⁰ Management ist ein Begriff aus der Betriebswirtschaftslehre und bedeutet das Führen, Steuern und Planen von Prozessen, die in einer Organisation stattfinden.²¹

Gemäß der DIN EN ISO 9000 beinhaltet Qualitätsmanagement Prozesse, welche aufeinander abgestimmt werden. Diese gilt es zu leiten und zu lenken. Wie der Name schon sagt, bezieht sich das Management darauf, die Qualität einzelner Prozesse und der gesamten Organisation zu verbessern.

Damit grundsätzlich nach gleichem Maßstab und einheitlich gehandelt wird, sollten Richtlinien bezüglich aller betroffenen Qualitätsfaktoren festgelegt werden.²²

Wie funktioniert das Management einer Organisation? Das Grundprinzip funktioniert stets nach ähnlichem Schema.

Dies lässt sich am besten im PDCA-Zyklus nach Edward Deming erläutern.

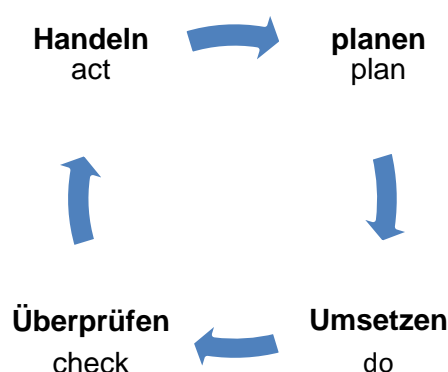


Abbildung 1: PDCA-Zyklus in Anlehnung an Edward Deming

²⁰ Stowasser, 1998

²¹ Piechotta, www.springer.de, Zugriff v. 16.03.2014

²² Vgl. ebenda

„Plan – do – check – act“ bezeichnet den Zyklus, in dem Qualitätsmanagement stattfindet. Bei der Planung werden Ziele und Maßnahmen festgelegt, um vorgegebene Ziele zu erreichen. Dies erfolgt anhand einer Situationsanalyse.²³

Das Umsetzen beschäftigt sich, kurz dargestellt, mit der Umsetzung der festgelegten Planung. Die durchgeführten Maßnahmen sollen anschließend geprüft werden. Dies lässt sich teilweise aufgrund von wirtschaftlichen Kennzahlen erkennen. In diesem dritten Schritt zeigt sich auch, ob vorgegebene Ziele erreicht wurden oder nicht. Der vierte und letzte Schritt bezieht sich schließlich auf das Reagieren von möglichen Abweichungen. Im positiven Fall werden die Maßnahmen übernommen, wenn sie sich bewährt haben, im negativen Fall werden diese Maßnahmen abgeändert.²⁴ Edward Deming beschreibt einen Zyklus, der immer wieder stattfindet. Der PDCA ist ein simples Modell. Häufig werden jedoch Fehler bei den zwei Phasen „check“ und „act“ gemacht, sodass Verbesserungen nicht mit dem gewünschten Effekt eintreten. Dies ist der Fall, wenn etwaige Fachkenntnisse nicht vorhanden sind bzw. falsch eingesetzt werden.

2.1.3 Qualitätsmanagementsysteme

Durch die Einführung des Qualitätsmanagements mussten Systeme entwickelt werden, welche die Qualität eines Prozesses, Produktes oder einer Dienstleistungen analysieren, verändern und kontinuierlich verbessern. Dafür wurden nach und nach Qualitätsmanagementmodelle entwickelt. Was aber beschreibt ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) genau?

Laut Fuhrmann umfasst ein QMS das Geflecht der Organisation, die Verantwortlichkeiten für die jeweiligen Bereiche als auch Prozesse und die Mittel zur Verwirklichung der Qualitätsverbesserung.²⁵

Diese sollen sicherstellen, dass Qualität gewährleistet wird. Die Anforderungen dafür sollten vom Management ausgehend festgelegt werden. Welche Qualitätsmanagementsysteme es gibt und wie sie sich unterscheiden, wird in Kapitel 2.4 genauer dargestellt.

2.2 Studien zum Thema Patientenzufriedenheit

Die Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem zogen viele Veränderungen mit sich. Durch zunehmenden Wettbewerb und dadurch verbundenes effizienteres Verhalten seitens der Arztpraxis, wird die Patientenperspektive immer wichtiger. Aufgrund dieser

²³ Panskus-Team, www.awf-arbeitsgemeinschaft.de, Zugriff v. 20.03.2014

²⁴ Vgl. ebenda

²⁵ Hill, www.dhv-speyer.de Zugriff v. 17.03.2014

Tatsache beschäftigen sich viele Untersuchungen mit dem Thema der Patientenzufriedenheit. Dies geschieht einerseits aus Sicht der behandelnden Ärzte, andererseits jedoch aus der Perspektive der Patienten.

Bei der Betrachtung dieser Studien sollte jedoch immer Vorsicht miteinhergehen, da solche Erhebungen bzw. Auswertungen gerne dazu genutzt werden, um sich selbst im guten Licht dastehen zu lassen. Die Begutachtung des aktuellen wissenschaftlichen Standes ist dennoch von großer Wichtigkeit.

Um den aktuellsten Stand der Dinge darzulegen, werden nun einige bisher durchgeführte Studien dargestellt. Die Veröffentlichungen der Aufführung stammen aus den Jahren 2010 bis 2013. Da der Aspekt der Patientenzufriedenheit ein breit gefächertes Spektrum bietet, sind alle Untersuchungen zwar diesem Thema nachgegangen, befassten sich aber mit unterschiedlichen Forschungsfragen. Diese bezogen sich auf die Zufriedenheit mit einzelnen Leistungskomponenten der Faktoren: Hygiene, Beratung des Arztes, Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und Zufriedenheit mit der Behandlung.

Eine Studie des „Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen“ – kurz WINEG²⁶ – aus dem Jahr 2010 befasst sich mit der Patientenzufriedenheit in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Mit ihrer Studie lieferte die TK erstmals repräsentative Vergleichswerte für die Zufriedenheit im ambulanten Bereich. Speziell die Faktoren „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ und „Information“ sind der Techniker Krankenkasse besonders wichtig.

Bei der Umfrage wurden zwei Fragebögen verwendet. Zum einen der ZAP (Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive) und zum anderen der KKG (Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit). Diese beiden Fragebögen wurden das erste Mal in Form eines Telefoninterviews durchgeführt.

Die Auswertung des ZAP ergab, dass die Patienten überwiegend zufrieden sind, jedoch mehr in die medizinischen Entscheidungen mit eingebunden werden wollen. Begründet ist die Aussage darin, dass 22 % der Befragten selten oder nie an dieser Entscheidung beteiligt werden. Die Auswertung der KKG ließ keine großen Auffälligkeiten aufweisen.

Interessant für den empirischen Teil dieser Arbeit sind die Ergebnisse auf die Frage, welche Faktoren die Gesamtzufriedenheit beeinflussen. Hier zeigt sich, dass die Einbeziehung und die Interaktion einen hohen Stellenwert für die Patienten genießt. Als zusätzliche Schlussfolgerung der Studie ergab sich, dass Ärzte mit der Beachtung dieser Faktoren die Patientenzufriedenheit beeinflussen können.

Auch eine Umfrage der Brendan-Schmittmann-Stiftung, welche im Auftrag des NAV-Virchowbundes, dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. von 2008

²⁶ Bestmann & Verheyen, www.tk.de, Zugriff v. 15.03.2014

bis 2011 erhoben wurde, betrachtet den Punkt der Patientenzufriedenheit.²⁷

Die Betrachtung lag auf der Frage, ob Patienten Vorschläge und Anregungen haben, wie die Qualität der medizinischen Versorgung in der Praxis ihres Arztes oder Ärztin verbessert werden könnte. In 166 verschiedenen Praxen wurden über 7000 Teilnehmer generiert. Die Antworten dieser Personen konnten größtenteils auf fünf große Merkmalskategorie-Merkmalsskategorien verteilt werden.

Über die Hälfte der Teilnehmer gab an mit ihrem Arzt beziehungsweise ihrer Praxis zufrieden zu sein. Die Wartezeiten auf einen Termin als auch im Wartezimmer wurden mit 10,66 % problematisiert. Unter anderem gaben 8,25 % an, die Gestaltung der Praxis im Allgemeinen zu verändern.

Die eben genannten Punkte spielen auch in dieser Arbeit eine große Rolle. Ob und inwiefern sich die Ergebnisse unterscheiden, lässt sich nach der Auswertung der erhobenen Ergebnisse einschätzen.

Eine sehr umfangreiche Empirie aus der Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln stellt die einzelnen Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung dar.²⁸

Veröffentlicht wurden die ausgewerteten Statistiken im Jahr 2011. Allerdings sind die erhobenen Daten nicht ebenfalls aus diesem Jahr, sondern stammen aus dem Jahr 2007.

Bis zum heutigen Zeitpunkt könnten die Ansichten der Teilnehmer sich geändert haben. Trotz dieser Tatsache macht es Sinn diese Studie genauer zu betrachten, auch in Anbetracht der späteren Vergleichbarkeit, da die Ausrichtung der Untersuchung am meisten der in dieser Arbeit dargelegten Erhebung ähnelt.

Die Größe der Stichprobe dieser Befragung belief sich auf 27049, welche von TNS Infratest Health Care aus München erhoben wurde. Im Allgemeinen wurde die „Zufriedenheit mit der Praxis“, die „Zufriedenheit mit dem Arzt“, die „Zufriedenheit mit der Behandlung“ und die „Gesprächsdauer in Minuten“ untersucht.²⁹ Anhand einer Regressionsanalyse wurden zufriedenheitssteigernde Effekte bzw. zufriedenheitssenkende Effekte der einzelnen Determinanten herausgefiltert. Bei der Ergebnisdarstellung zeigt sich, dass lange Wartezeiten im Wartezimmer auch hier zu einem Zufriedenheitsverlust führen. Andererseits ist zu erkennen, dass eine längere Wartezeit auf einen Termin seltsamerweise zu einer Zufriedenheitssteigerung führt. Die Gesprächsdauer mit dem Arzt führt nicht zu Zufriedenheit. Es kommt dabei auf die Qualität des Inhaltes an.

²⁷ www.datev.de, Zugriff v. 15.03.2014

²⁸ Lungen & Siegel, gesundheitsoekonomie.uk-koeln.de, Zugriff v. 16.03.2014

²⁹ Lungen & Siegel, gesundheitsoekonomie.uk-koeln.de, Zugriff v. 16.03.2014

Der Vorteil dieser Studie liegt in der großen Stichprobe. Von dieser ausgehend sind die Antworten für ganz Deutschland repräsentativ. Außerdem gibt es Anzeichen dafür, dass die interne Organisation sich auf die Zufriedenheit der Patienten auswirkt.

Eine Studie der DAK³⁰ aus dem Jahr 2013 beschäftigt sich vor allem mit der ärztlichen Beratung der Patienten. Auswertungen zeigten, dass für etwa 84 % der Patienten in Bayern die Aufklärung über Diagnose, Therapie und mögliche Risiken besonders wichtig ist. Im Vergleich zum deutschen Bild ist es den bayerischen Bürgern von größerer Bedeutung. Bundesweit gaben 77 % der Teilnehmer die Wichtigkeit der umfassenden Aufklärung an. Gleiche Studie berichtet jedoch auch davon, dass 85 % der Bayern mit dem eigenen Arzt mindestens zufrieden sind.

Demgegenüber stehen 3 %, die mit ihrem Arzt beziehungsweise ihrer Behandlung überhaupt nicht zufrieden waren.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Wichtigkeit der Patientenperspektive erkannt wurde. Aus diesem Grund befassen sich immer mehr Studien und Umfragen mit genau diesem Thema. Da jedoch der Begriff „Patientenzufriedenheit“ in der Literatur keiner eindeutigen Definition zugeschrieben werden kann, unterscheiden sich die genauen Untersuchungsinhalte. Die aktuellsten Studien bezüglich der Gesamtzufriedenheit und der Wichtigkeit der einzelnen Leistungsfaktoren stammen aus dem Jahr 2011.

Alle aufgezählten Studien haben die grundlegende Zufriedenheit der Patienten gemeinsam. Dies zeigt, dass die Patienten über die letzten Jahre hinweg zum Großteil zufrieden mit der Behandlung ihres Arztes sind.

Als wichtige einflussreiche Faktoren gelten unter anderem die Wartezeit im Wartezimmer, die Beratung durch den Arzt und die Gestaltung der Praxis an sich.

Wie zufrieden die Patienten im Jahr 2014 sind, welche Faktoren sie als wichtig empfinden und welche Faktoren wirklich auf die Gesamtzufriedenheit Einfluss haben sind wichtige Fragen dieser Arbeit. Das Ziel ist es demgemäß, Antworten auf diese Fragen zu geben.

Die aktuellste Studie zum Thema Patientenzufriedenheit stammt vom MLP Gesundheitsreport. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) wurden verschiedene Aspekte des deutschen Gesundheitssystems betrachtet.³¹

³⁰ Lintner, www.dak.de, Zugriff v. 15.03.2014

³¹ Köcher, www.mlp-ag.de, Zugriff v. 20.04.2014

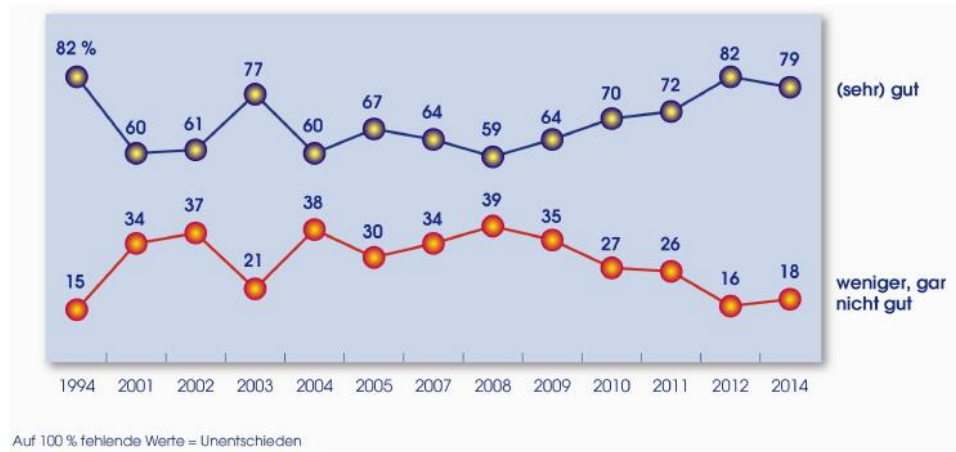


Abbildung 2: Zufriedenheit der Bevölkerung mit deutschem Gesundheitssystem

Laut dieser Umfrage sind die 79 % der Menschen in Deutschland weiterhin sehr zufrieden mit dem deutschen Gesundheitssystem bzw. der Gesundheitsversorgung. Dies entspricht etwa 4/5 aller Befragten. Im Gegensatz zum Jahr 2012 hat sich dieser Wert leicht verschlechtert, ob dies ein kontinuierlicher Prozess sein wird, zeigt sich in den kommenden Jahren.

Weiterhin wurde die Lage von gesetzlich und privat Versicherten Patienten gegenübergestellt und anhand der Wartezeiten analysiert. Die Frage war hier, ob Patienten in den letzten ein, zwei Jahren sehr lange auf einen Termin beim Arzt warten mussten. Aus den Ergebnissen ist zu erkennen, dass etwa 19 % der Patienten beider Versicherungstypen einmal sehr lange auf einen Termin warten mussten. 38 % der gesetzlich Versicherten mussten bereits mehrmals sehr lange warten. Bei den privat Versicherten sind dies nur 15 %. Das Institut für Demoskopie geht aufgrund dieser Tatsache davon aus, dass gesetzlich Versicherte länger auf einen Termin warten müssen als privat Versicherte.

Diese Entwicklung zeigt sich auch bezüglich der Wartezeiten im Wartezimmer. Anders als bei den Wartezeiten auf einen Termin warten hier beinahe die Hälfte der gesetzlich Versicherten mehrmals sehr lange im Wartezimmer, während es bei den privaten Patienten nur 25 % sind. Grund hierfür soll vor allem der teilweise schlecht organisierte Praxisablauf sein.

Als letzten Einblick in die Studie soll die Behandlung und die Medikamentenvergabe betrachtet werden. Von den gesetzlich Versicherten geben 41 % an, dass sie das Gefühl hatten, dass bestimmte Behandlungen oder Medikamente vorenthalten wurden. Auf privater Seite sind es allenfalls 11 %, die dieses Gefühl hatten.

An den Ergebnissen dieser Umfrage sind deutliche Unterschiede zwischen gesetzlich Versicherten Patienten und privat Versicherten zu erkennen. Wie genau und in welchen Ausprägungen diese sich äußern, ist unter anderem Teil des späteren empirischen Teils.

2.3 Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems

Wie in jeder anderen Branche wurde das Qualitätsmanagement nicht von null auf hundert in den Alltag des deutschen Gesundheitswesens eingeführt. Es wurde nach und nach Schritte eingeleitet, welche bei der Implementierung eines funktionierenden Qualitätsmanagementsystems unterstützen und helfen sollten. Wie das Qualitätsmanagement in das deutsche Gesundheitswesen und speziell den medizinischen ambulanten Bereich implementiert wird, wird nun beschrieben.

Die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) wurde auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Jahr 1999 besiegelt. Fortlaufend sollte das QM in zwei Stufen ablaufen. In der ersten Stufe hieß es, dass alle Einrichtungen, inklusive Arztpraxen, einen jährlichen Qualitätsbericht publizieren sollten, der die Qualität von Leistungen darstellt. Die Frist dafür war der 1. Januar 2003.³²

Letztere Stufe umfasst lediglich die Pflicht, ein auf dem Stand der Wissenschaft und Technik orientiertes QM einzuführen. Wie die Einführung, Ausgestaltung und Umsetzung aussehen soll, unterlag dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

In der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung vom 18. Oktober 2005 heißt es, dass die Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement in vier Phasen abgehalten wird.³³

Phase 1 beschreibt die Planung, in der in einem Zeitraum von maximal zwei Jahren nach In-Kraft-Treten, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorbereitet wird. Dies umfasst sowohl die Darstellung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele als auch konkrete Ziele für den Aufbau des internen QMs.

In Phase 2 soll die Umsetzung des geplanten Qualitätsmanagements erfolgen. In maximal zwei weiteren Jahren sollen auf Analysen und Planungen aus Phase 1 basierend, Maßnahmen zur Umsetzung des internen Qualitätsmanagements durchgeführt werden.

Danach folgt Phase 3, die Überprüfung der Umsetzungsmaßnahmen, welche in maximal einem Jahr absolviert werden müssen. Der G-BA beschreibt die Selbstbewertung des intern eingeführten QMs hinsichtlich der Grundelemente und Instrumente. Dies erfolgt durch Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität, beispielsweise durch Befragungen der Patienten und die Auswertung derer Meinungen.

³² Hannen, www.aerzteblatt.de, Zugriff v. 21.03.2014

³³ www.g-ba.de, Zugriff v. 21.03.2014

Letzten Endes beschreibt Phase 4 nur noch die fortlaufende Weiterentwicklung des eingeführten Qualitätsmanagements. Dies geschieht durch jährlich durchzuführende Qualitätsmessungen in Form von Selbstbewertungen und Messungen der Qualität.

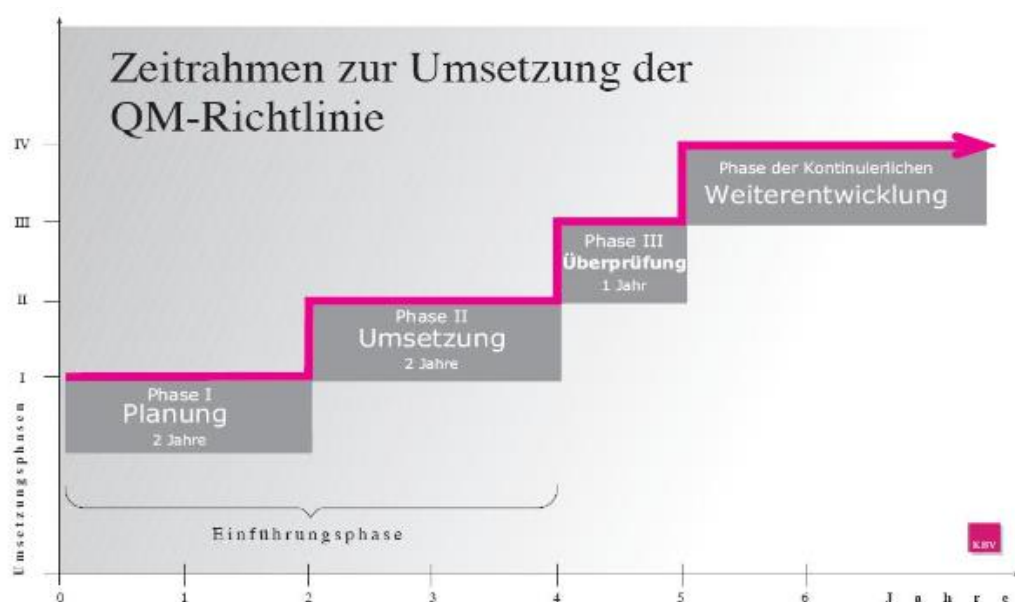


Abbildung 3: Darstellung der Umsetzungsphasen des G-BA³⁴

Eine Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 25. Oktober 2011 zeigt anhand einer Erhebung, dass rund 80 % der Ärzte und Psychotherapeuten die Anforderungen des G-BA erfüllen. Die Stichprobe lag bei 3360 niedergelassenen Ärzten, was etwa mindestens 2,5 % der Ärzte entspricht. Geantwortet haben 94 % der Angeschriebenen.

Diese Entwicklung zeigt, dass die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements sowohl einrichtungsintern als auch –extern von den Ärzten mit großem Erfolg angenommen wurde. Aktuell sind keine Zahlen bezüglich der G-BA Richtlinie bekannt. Durch die Ankündigung von Sanktionen, im Falle einer Nichterfüllung, sollte jedoch fast jede ambulante medizinische Einrichtung ein Qualitätsmanagement eingeführt haben. Natürlich wird die Zahl sich nicht bei vollen 100 Prozent befinden, da noch neue niedergelassene Arztpraxen sich demzufolge noch in früheren Phasen der Implementierung befinden. Festzuhalten ist allerdings, dass die Richtlinie der G-BA voll und ganz angenommen wurde.

³⁴

www.kbv.de, Zugriff v. 13.03.2014

2.4 QM-Systeme im Vergleich

Durch die Einführung gesetzlicher Normen und Richtlinien, welche ein Qualitätsmanagement verlangten, wurden verschiedene Systeme aus dem Wirtschaftssektor übernommen oder neue Modelle entwickelt, um die Qualität der Praxis, der Organisation und der Prozesse kontinuierlich zu verbessern.

Die sehr detaillierte Darstellung jedes einzelnen QM-Modells würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aufgrund dieser Tatsache, wurden die wichtigsten beziehungsweise am häufigsten genutzten Systeme nur im Groben angeschnitten. Diese sind DIN EN ISO 9001:2008, QEP, KTQ und EPA. Außerdem besteht die Möglichkeit ein Qualitätsmanagementsystem der Marke „Eigenbau“ einzuführen.

2.4.1 DIN EN ISO 9001:2008

DIN IN ISO steht für „Deutsche Industrienorm Europäische Norm International Standard Organisation“.³⁵

Die DIN-Normenreihe besteht seit den 90er Jahren, wobei die neueste Fassung aus dem Jahr 2008 ist. Die ISO 9001:2008 wurde nicht spezifisch für das Gesundheitswesen entwickelt. Dieses QM ist weltweit verbreitet und in fünf Kapitel aufgebaut: Qualitätsmanagement, Verantwortung der Leitung, Management der Ressourcen, Produktrealisierung und Messung, Analyse und Verbesserung. Jedoch beschreibt dieses Modell eher einen allgemeinen Normenrahmen, der einzuhalten ist. Die Orientierung zum Patienten hin ist folglich nur teilweise gegeben. Der Fokus liegt in diesem Modell auf der Praxisorganisation.³⁶

2.4.2 QEP

Die Abkürzung QEP steht für „Qualität und Entwicklung in Praxen“ und kommt bundesweit zum Einsatz.³⁷ Im Gegensatz zur ISO 9001 wurde QEP spezifisch für den Gesundheitssektor entwickelt und zwar für Arztpraxen aller Fachgruppen und Größen. Als QMS kann es seit der Entwicklung im Jahr 2003 genutzt werden. Der Vorteil, sofern es das Ziel eines Arztes ist, liegt bei der Orientierung einerseits zum Patienten andererseits aber auch zu den eigenen Mitarbeitern. Des Weiteren trägt es zur kontinuierlichen Verbesserung der Arztpraxis im Allgemeinen bei.³⁸

³⁵ www.zeta-apotheke.de, Zugriff v. 21.03.2014

³⁶ Vgl. Stiftung Warentest, 2009 (siehe Anhang)

³⁷ www.zeta-apotheke.de, Zugriff v. 21.03.2014

³⁸ www.zeta-apotheke.de, Zugriff v. 21.03.2014

2.4.3 KTQ

Die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“, kurz KTQ, ist ebenfalls bundesweit seit 2004 im Einsatz, für Arztpraxen erst seit 2006. Ein Zusammenschluss unter anderem aus Gremien und Arbeitsgruppen der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen hat dieses System ins Leben gerufen.

Ähnlich wie das QEP wurde dieses System für den Gesundheitssektor entwickelt. Der Unterschied besteht darin, dass auch Krankenhäuser, Zahnärzte und psychotherapeutische Arztpraxen mit berücksichtigt werden. Die Patientenorientierung besteht beim KTQ.³⁹

Laut Stiftung Warentest ist jedoch die Praxisorganisation aus Patientenperspektive stark ausgeprägt, während die Patientenversorgung aus der Perspektive des Patienten nicht besonders gut abgeschnitten hat.⁴⁰

2.4.4 EPA

EPA bedeutet „European Praxis Assessment“ und wird vom Aqua Institut angeboten. Auch dieses QMS wurde 2004 eingeführt und seither speziell in Arztpraxen genutzt. Aus Patientenperspektive sind weder Praxisorganisation noch Patientenversorgung stark ausgeprägt, obwohl Meinungen der Patienten bei der Entwicklung direkt berücksichtigt wurden.⁴¹

Ein Vorteil, den EPA mit sich bringt, ist die Möglichkeit zum Vergleich. Dies lässt sich durch den Zugang zu einer europäischen Benchmarking-Datenbank arrangieren.⁴²

2.4.5 Individuelles QM-System

Wie bereits erwähnt besteht für jeden Arzt bzw. für jede Praxis die Möglichkeit ein eigens ausgearbeitetes Qualitätsmanagementsystem zu entwickeln und dieses zu benutzen. Ein entscheidender Vorteil eines solchen Systems könnte sein, das QM speziell an die eigenen Bedürfnisse und Ziele anzupassen. Voraussetzung dafür ist lediglich das Einhalten der gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien.

³⁹ Vgl. ebenda

⁴⁰ Vgl. Stiftung Warentest, 2009 (siehe Anhang)

⁴¹ Vgl. ebenda

⁴² www.kbv.de, Zugriff v. 22.03.2014

2.4.6 Zusammenfassung

Fasst man dieses Kapitel kurz zusammen, so lässt sich erkennen, dass es nicht das eine Qualitätsmanagementsystem gibt, sondern eine Vielzahl an unterschiedlichen Systemen, welche sich teilweise unterscheiden aber im Allgemeinen gegenseitig ergänzen. Dies ist einerseits ein Vorteil für die Praxen, da sie ihr Qualitätsmanagementsystem frei wählen bzw. gemäß den eigenen Bedürfnissen individuell gestalten können. Andererseits gibt es keine einheitliche Gestaltung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen und es besteht die Gefahr, dass sich falsch eingesetzte Systeme nicht rentieren.

Von den dargestellten Systemen ist die DIN EN ISO 9001:2008 das Modell, welches am ehesten den organisatorischen Prozessen und der wirtschaftlichen Situation der Arztpraxis dient. Andere Systeme wurden entwickelt, um speziell die Patientenversorgung zu verbessern, wobei diese laut Stiftung Warentest auch teilweise die Patientenorientierung vernachlässigen.

Der Einsatz eines QM-Systems einerseits ist notwendig, andererseits sollten die Instrumente des Qualitätsmanagements auch vernünftig und sinnvoll eingesetzt werden. Welche Instrumente es gibt und wie diese aussehen, wird in Unterpunkt 2.5 behandelt.

2.5 Instrumente des Qualitätsmanagements

Bei der Planung und Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gehört viel mehr dazu, als sich nur für das System zu entscheiden, welches am besten zu den individuellen Zielen des Arztes und der Praxis passt. In der Folgezeit bedarf es vor allem der richtigen Umsetzung. Diese geschieht in Form von verschiedenen Instrumenten, also „Werkzeuge“ oder Methoden, welche die Qualität in verschiedenen Bereichen der Praxis sichern und verbessern sollen. Es gibt eine Vielzahl von Instrumenten. Wie genau diese aussehen, wird in diesem Abschnitt behandelt.

In § 4 der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses⁴³ wurde eine Vielzahl an Instrumenten genannt. Deshalb sollen laut G-BA unter anderem folgende Instrumente bevorzugt angewandt werden:

- Festlegung von Qualitätszielen und folglich das Ergreifen von Maßnahmen, diese durchzusetzen;
- Regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen,
- Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement und Checklisten,

⁴³ www.g-ba.de, Zugriff v. 21.03.2014

- Fehleranalyse und anschließende Verbesserungsprozesse.

Auch Grünwald und Pagenkemper⁴⁴ beschreiben in ihrer Veröffentlichung die Instrumente eines QMS.

Anders als in der reinen Auflistung der G-BA-Richtlinie werden die einzelnen Instrumente hier in vier Gruppen eingegliedert. Demzufolge gibt es Instrumente der Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsprüfung und Qualitätsmanagement-Darlegung.

2.5.1 Instrumente der Qualitätsplanung

In dieser Kategorie werden Instrumente beschrieben, welche sowohl Qualitätsmerkmale als auch Anforderungen an Produkte bzw. Dienstleistungen festlegen. Hierzu gehören Qualitätspolitik, Leitbild und Qualitätsziele. Überdies bestimmen Leitlinien und Qualitätsstandards die Planung der Praxis.⁴⁵

2.5.2 Instrumente der Qualitätslenkung

Die Instrumente der Qualitätslenkung dienen der Sicherstellung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen auf Grundlage definierter Voraussetzungen. Als Instrument wird beispielsweise die Personalauswahl und die Personalentwicklung beschrieben. Dies bedeutet, dass das Team der Praxis sorgfältig gemäß den Anforderungen der Qualität ausgewählt und weitergebildet wird. In diesem Zusammenhang werden auch Verantwortungen und Kompetenzen definiert. Ein guter Qualitätszirkel und das richtige Informationsmanagement fallen ebenfalls unter die Qualitätslenkung.⁴⁶

2.5.3 Instrumente der Qualitätsprüfung

Ob die Qualität der Praxis und des Arztes den Qualitätsanforderungen der Patienten entspricht und inwiefern diese Anforderungen erfüllt sind, kann mit Instrumenten der Qualitätsprüfung erarbeitet werden. Das Instrument der Befragungen dient dabei vor allem der Überprüfung der Qualität, da hier ein Bezug zum Abnehmer hergestellt wird. Deshalb ist es ebenso wichtig, ein vernünftiges Beschwerde- und Fehlermanagement einzuführen. Des Weiteren lässt sich die Qualität mit Hilfe bestimmter Feedback- und Controlling-Verfahren überwachen.

⁴⁴ Vgl. Grünwald & Pagenkemper, 2004, 18-19

⁴⁵ Vgl. ebenda.

⁴⁶ Vgl. Grünwald & Pagenkemper, 2004, 18-19

2.5.4 QM-Darlegung

Um Vertrauen gegenüber den Patienten zu schaffen und Transparenz zu gewährleisten, sollte das eingeführte Qualitätsmanagementsystem anhand von einigen Instrumenten dargelegt werden. Die Dokumentation von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen in ein passendes QM-Handbuch zählt als eines der Instrumente der QM-Darlegung. Ebenso zählt die Zertifizierung, die von dem jeweiligen Anbieter eines QMS im Falle eines erfolgreichen und gut geführten Qualitätsmanagement gegen Entgelt herausgegeben wird. Der Aushang dieses Zertifikats in der Praxis schafft Vertrauen in die Qualität des Arztes/Personals und wirkt sich positiv auf den Ruf der Praxis aus. Bezüglich des Images ist es durchaus wichtig, in Marketing und Werbung zu finanzieren. Dies heißt nicht, dass Unmengen an Geldsummen in aufwendige Werbung investiert werden müssen, sondern dass auf die Außendarstellung geachtet werden soll.⁴⁷

Die Grafik auf der folgenden Seite verschafft einen optisch besseren Überblick über die Instrumente eines Qualitätsmanagements.

<u>Instrumente der Qualitätsplanung</u> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätspolitik, Leitbild und Ziele - Leitlinien/ Qualitätsstandards - Benchmarking/ Vergleiche 	<u>Instrumente der Qualitätslenkung</u> <ul style="list-style-type: none"> - Personalauswahl, -entwicklung - Verantwortungen/Kompetenzen - Informationsmanagement
<u>Instrumente der Qualitätsprüfung</u> <ul style="list-style-type: none"> - Befragungen - Beschwerde- und Fehlermanagement - Feedbackverfahren, Controlling 	<u>QM-Darlegung</u> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation - Zertifizierung - Marketing/Werbung bzgl. Außendarstellung

Abbildung 4: Instrumente des Qualitätsmanagements in Anlehnung an Grünwald & Pagenkemper⁴⁸

⁴⁷ Vgl. ebenda

⁴⁸ Vgl. Grünwald & Pagenkemper, 2004, 18-19

2.6 Patientenzufriedenheit

In Punkt 2.1. wurde bereits die Qualität definiert. Wie letztlich ein Patient die Qualität des kompletten Behandlungsprozesses einschätzt, hängt von seinen Erwartungen an Arzt und Behandlung ab sowie von seinen subjektiven Empfindungen. Dies wirkt sich dementsprechend auf die Patientenzufriedenheit aus.

Je mehr seine Erwartungen erfüllt oder übertroffen werden, desto zufriedener wird eine Person sein. Werden die eigenen Erwartungen jedoch gar nicht oder nur teilweise erfüllt, so stellt sich Unzufriedenheit ein.

Diesbezüglich lassen sich alle Faktoren und Wahrnehmungen, die an einem Behandlungsprozess beteiligt sind als Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit einstufen. „Die Patientenzufriedenheit ist die subjektiv-individuelle Gesamtsicht einer Praxis durch die Patienten.“⁴⁹

Dabei geht es nicht nur um die rein medizinische Fachkompetenz des behandelnden Arztes, sondern um ein Gesamterlebnis aus Sicht des Patienten.

Großen Einfluss, so lässt es sich bei Neugebauer und Porst lesen, hat der individuelle soziale Status einer Person beziehungsweise das Einkommen. Jüngere Patienten oder Patienten mit höherem Bildungsabschluss sind generell kritischer und dementsprechend schneller unzufriedener, wenn etwaige Erwartungen, welche durchaus auch größer sind, nicht eintreffen.⁵⁰

Des Weiteren berichten Neugebauer und Porst, dass das Anspruchsniveau vom eigenen Lebensstil und von Erfahrungen in der Vergangenheit abhängt. Läuft also eine Behandlung, mit der ein Patient schon einmal unzufrieden war, genauso ab, so wird sich auch dieses mal wieder Unzufriedenheit einstellen. Im Gegenteil kann jedoch auch ein Arztbesuch als positiv empfunden werden, falls sich einige Dinge zu einer früheren nicht zufriedenstellend empfundenen Behandlung unterscheiden.⁵¹

Einige weitere Faktoren lassen sich anhand von praxisinternen Fragebögen erkennen. So sind die Schwerpunkte einer Patientenbefragung des Universitätsklinikum aus dem Jahr 2012 in mehrere Module aufgeteilt. Diese zeigen sich in der Zufriedenheit mit der ärztlichen & pflegerischen Versorgung, mit der Information über die jeweilige Behandlung, mit dem Behandlungserfolg, mit der Organisation und Unterbringung.⁵²

Diese Themenmodule beziehen sich in diesem Fall auf den stationären Aufenthalt im Uni-

⁴⁹ Vgl. Thill, 2008, 3ff.

⁵⁰ Vgl. Neugebauer & Porst, 2001, 21ff.

⁵¹ Vgl. ebenda

⁵² www.ukw.de, Zugriff v. 01.04.2014

versitätsklinikum. Gleiche Schwerpunkte jedoch können und werden auch für den ambulanten Bereich angewandt.

Laut Thill⁵³ ist der wichtigste Faktor einer Arztpraxis zum Erfolg die Zufriedenheit der Patienten. Natürlich kann eine Praxis nicht die komplette Patientenschaft zufriedenstellen. Durch regelmäßige Befragungen und Analysen kann dennoch die Patientenzufriedenheit für einen Großteil der Patienten sichergestellt und angepasst werden.

Welche Faktoren in diesen Prozess mit einbezogen werden müssen, zeigt folgende Grafik.

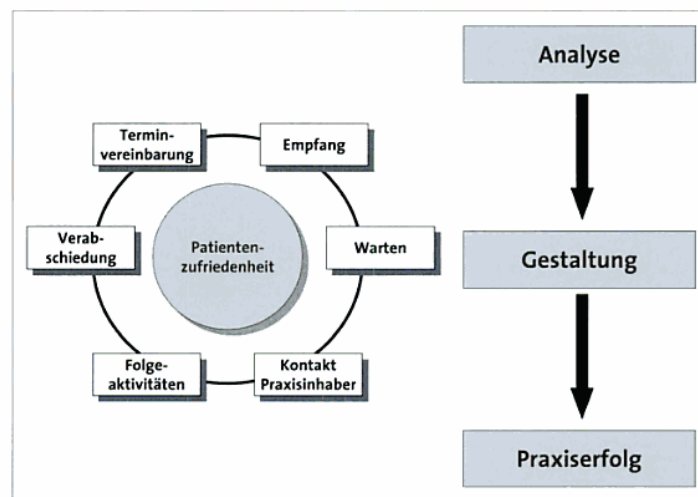


Abbildung 5: Komponenten der Patientenzufriedenheitsanalyse⁵⁴

Wie in Abbildung 4 zu erkennen ist, wirkt sich der komplette Behandlungsprozess von der Terminvereinbarung bis hin zur Verabschiedung auf die subjektiven Empfindungen des Patienten aus. Diese gilt es zu analysieren und dementsprechend zu gestalten, um den Praxiserfolg zu sichern.

Bei einem Arztbesuch wirken so viele Faktoren, die ein Patient bewusst oder auch unbewusst wahrnimmt, die sich positiv oder negativ auf das Empfinden der zu behandelnden Person äußern können. Viele dieser Faktoren werden von den Patienten nur unbewusst wahrgenommen. Bei diesem Phänomen spricht man von dem sogenannten Eisbergmodell.

⁵³ Vgl. Thill, 2008, 3ff.

⁵⁴ Vgl. Thill, 2008, 3ff.

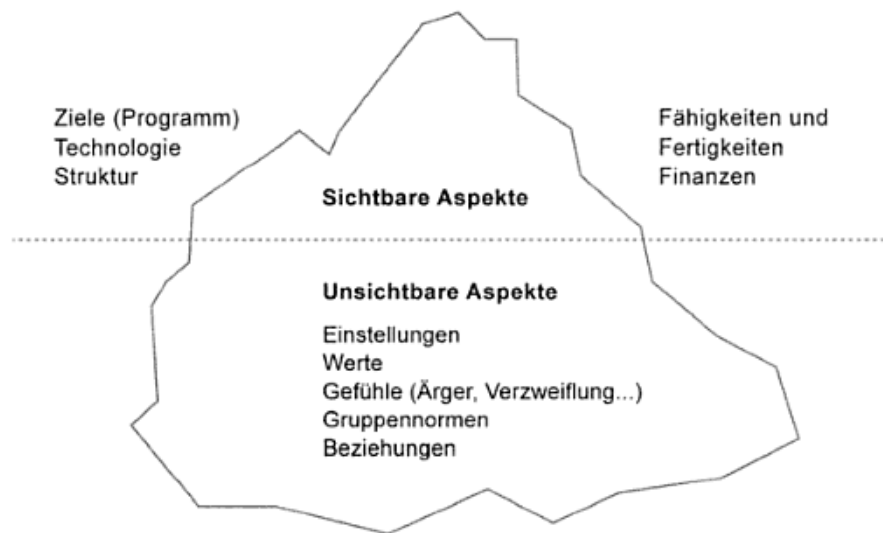


Abbildung 6: Eisberg-Modell⁵⁵

In Abbildung 6 sind zwei Ebenen des Eisberg-Modells zu sehen. Die Ebene, die sozusagen über dem Wasser zu sehen ist, umfasst die Faktoren, die für einen Patienten offensichtlich sind, während die Ebene, die sich unter Wasser befindet, nicht auf den ersten Blick erkennbar ist. Diese Faktoren werden die Patienten jedoch auch im Laufe der Behandlung bewusst und beeinflussen die Zufriedenheit mit der Behandlung. Häufig kommt es jedoch vor, dass Patienten Faktoren als sehr wichtig bezeichnen, diese sich aber nicht in der Gesamtzufriedenheit widerspiegeln. Welche Faktoren sich auf die Gesamtzufriedenheit auswirken und welche nicht, soll in der kommenden Empirie ermittelt werden. Hierbei sollen anhand einer Erhebung die die Gesamtzufriedenheit mit den einzelnen Leistungsfaktoren abgeglichen werden.

⁵⁵ Kolb, 2010, 68

3 Empirie

3.1 Hintergründe und Rahmenbedingungen

Die Patientenzufriedenheit nimmt als Teil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen mehr und mehr eine zentrale Position im deutschen Gesundheitswesen ein. Dies lässt sich einerseits durch gesetzliche Entwicklungen erklären, wodurch die Ärzte und Praxen dazu gezwungen sind, ein internes und externes Qualitätsmanagement einzuführen. Andererseits aber auch durch den wirtschaftlichen Aspekt, die Patienten und in diesem Fall auch Kunden zufriedenzustellen und langfristig ökonomisch erfolgreich zu sein.

Ein Einblick in den Begriff der Patientenzufriedenheit hat gezeigt, wie vielfältig und komplex dieser gestaltet ist. Daraus leitet sich eine absolute Wichtigkeit der Beachtung der Zufriedenheitsfaktoren. Dabei ist es nicht einfach, die für die Gesamtzufriedenheit eines Arztbesuches wichtigen und einflussreichen Faktoren herauszufiltern. Dies gilt es für die zahlreichen Arztpraxen jedoch zu managen, um Zufriedenheit und dazu noch positive ökonomische Ergebnisse zu erzielen.

Natürlich ändern sich durch die Zeit und durch Veränderungen in der Umwelt die Ansprüche und Erwartungen der Kunden. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anzustreben und den aktuellen Ist-Zustand der Praxis an einen zu definierenden Soll-Zustand anzupassen.

Die Daten der Empirie wurden in Form eines Online-Fragebogens erhoben, welcher über SurveyMonkey, einem Online-Analysetool zur Veröffentlichungen von Umfragen und Fragebögen, erstellt wurde.

Dieser wurde auf Basis einiger Fragebögen über das Thema Patientenzufriedenheit entwickelt. Aufgeteilt ist er dabei in zwei Kategorien von Fragen: Zum einen in die sogenannten Filterfragen, bei denen Geschlecht, Alter, Versicherungsstatus, Lage der Arztpraxis und Wartezeiten abgefragt wurden, und zum anderen die Bewertungsfragen der einzelnen Themenmodule wie Erreichbarkeit der Praxis, Wartezeiten und Terminvereinbarungen, Praxispersonal, Fähigkeiten des Arztes/der Ärztin und Gestaltung der Praxis bzw. der Behandlungsräume. Dabei wurden sowohl Erwartungen der Patienten als auch das Eintreffen dieser Schwerpunkte abgefragt.

Letzterer Fragentyp wurde per 7-er Likert-Skala ausgefüllt. Dies hat mehrere Vorteile. Erster Vorteil ist der neutrale Punkt, der zur Beantwortung zur Auswahl steht und an dem sich Teilnehmer orientieren können. Einen weiteren Vorteil bieten die zahlreichen Antwortmöglichkeiten, welche einen differenzierteren Überblick über die Ergebnisse verschaffen und dementsprechend etwas genauere Zukunftsprognosen ermöglichen.

Die Teilnehmer sollten beim Ausfüllen des Fragebogens an ihren letzten Arztbesuch denken und dementsprechend antworten. Der Fragebogen konnte online problemlos durchgeführt werden, da jede Person ab 18 der Zielgruppe angehört. Diese Überlegung wurde aufgrund der Tatsache, dass jeder Mensch Patient ist angenommen. Mindestvoraussetzung für einen Filter durch Geschlecht, Alter oder Versichertenstatus war eine Stichprobe $n > 50$, welche in allen Fällen erreicht wurde. Insgesamt haben 238 Personen an der Befragung teilgenommen. Durch diese Zahl ist eine wissenschaftlich annehmbare Repräsentativität zu erwarten.

3.2 Zufriedenheitsmodell

3.2.1 Die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg

Frederick Herzberg untersuchte die Zufriedenheit von Angestellten. Diese wurden zu angenehmen und unangenehmen Arbeitssituationen befragt. Aufgrund dieser empirischen Untersuchungen bestätigte Herzberg seine Annahme von zwei Faktoren, den sogenannten Hygienefaktoren und Motivatoren.⁵⁶

Hygienefaktoren sind Faktoren, die grundsätzlich nur Unzufriedenheit vermeiden können, aber keine Zufriedenheit hervorrufen. Als Beispiele bringt Herzberg hier die Unternehmenspolitik oder Arbeitsbedingungen im Allgemeinen. Demgegenüber stehen Motivatoren, die zur Zufriedenheit führen können.⁵⁷

Die Zwei-Faktoren-Theorie untersucht, welche Faktoren Unzufriedenheit abbauen beziehungsweise vermeiden, und welche Faktoren Zufriedenheit hervorrufen. Auf dieser Basis soll die Empirie dieser Forschungsarbeit durchgeführt werden.

3.2.2 KANO-Modell

Ein weiteres Modell, welches sich ebenfalls mit verschiedenen Faktoren, die sich unterschiedlich auf die Zufriedenheit von Kunden bzw. in diesem Fall Patienten, auswirken, ist das KANO-Modell. Anhand dieses Modelles lässt sich der Zusammenhang zwischen Leistungserfüllung und Kundenzufriedenheit/Kundenunzufriedenheit betrachten. Dieses Modell ist aufgeteilt in drei verschiedene Anforderungsbereiche.⁵⁸

⁵⁶ Vgl. Haberkorn, 1988, 153-155

⁵⁷ Vgl. Rothlauf, 2010, 230

⁵⁸ Vgl. Janz & Reinecke, 2007, 103-104

Die Basisanforderungen stellen den ersten Anforderungsbereich dar. In diesem Bereich müssen die Anforderungen erfüllt sein, da diese sonst zu Unzufriedenheit führen. Das Vorhandensein von Kriterien in diesem Bereich führt im Gegenzug jedoch nicht zur Zufriedenheit.

Den zweiten Anforderungsbereich bilden die Leistungsanforderungen. Je nachdem wie die Leistungsanforderungen erfüllt sind, desto mehr steigt die Zufriedenheit. Hier gibt es einen proportionalen Zusammenhang.

Begeisterungsanforderungen bilden den letzten Anforderungsbereich. Bei Eintreffen eines Begeisterungsfaktors stellt sich Zufriedenheit ein. Diese Faktoren haben einen großen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit. Ein Erfüllen dieser Faktoren führt zur Zufriedenheit, während ein Nichterfüllen nicht zur Unzufriedenheit führt. Dies hängt damit zusammen, dass Kunden diese Begeisterungsanforderungen nicht erwarten.⁵⁹

3.3 Chancen und Probleme

Wie bei allen Untersuchungen gibt es Chancen, die zu nutzen sind, oder Probleme, welche zu bewältigen sind. Auch bei dieser Datenerhebung war dies der Fall.

Eine dieser Chancen ist es, die Faktoren, welche die Zufriedenheit der Patienten beeinflussen, herauszufiltern. Fortan besteht die Möglichkeit für medizinische Einrichtungen, gerade auf diese Komponente immer mehr Einfluss zu üben und diese zu verbessern. Diese Faktoren können sich anhand des Ortes der Praxis, des Geschlechts oder des Versichertenstatus unterscheiden. Aufgrund der Ergebnisse lassen sich diesbezüglich einige Zukunftsprognosen und Handlungsempfehlungen abgeben.

Des Weiteren lässt sich aufgrund der Stichprobe eine umfassende wissenschaftlich annehmbare Repräsentativität vermuten. Da jedoch der Großteil der Befragten aus dem Bayrischen Raum stammt, lassen sich die Ergebnisse zwar besonders gut auf den Freistaat Bayern projizieren, jedoch nicht auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland.

Kleinere Probleme entstanden bei der Konzeptionierung des Fragebogens. Vor allem bei der Skalierung und der Formulierung der Fragen gab es anfangs Unstimmigkeiten. Diese ließen sich jedoch schnell beseitigen, so dass es möglich war, die Umfrage zur Beantwortung freizugeben.

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der Umfrage deskriptiv dargestellt und erläutert. Daraufhin werden die Korrelationen der Gesamtzufriedenheit mit den einzelnen Leistungsfaktoren angegeben. Ob einzelne Leistungsfaktoren in der Tat mit der Gesamt-

⁵⁹ Vgl. Janz & Reinecke, 2007, 103-104

zufriedenheit korrelieren oder nicht, soll anhand von ausgewählten Hypothesentests bewiesen werden. Diagramme und Grafiken sollen dabei helfen, die Ergebnisse einfacher und verständlicher zu gestalten.

4 Ergebnisdarstellung

4.1 Deskriptive Statistik

4.1.1 Häufigkeitsverteilungen

Es bestand 15 Tage die Möglichkeit, die Umfrage zu beantworten. In dieser Zeit haben insgesamt 238 Personen teilgenommen, wobei davon 230 mit korrekten Angaben in die Datenanalyse einfließen. Die Hauptaltersgruppe der Stichprobe bilden die 18 bis 29 jährigen Patienten.

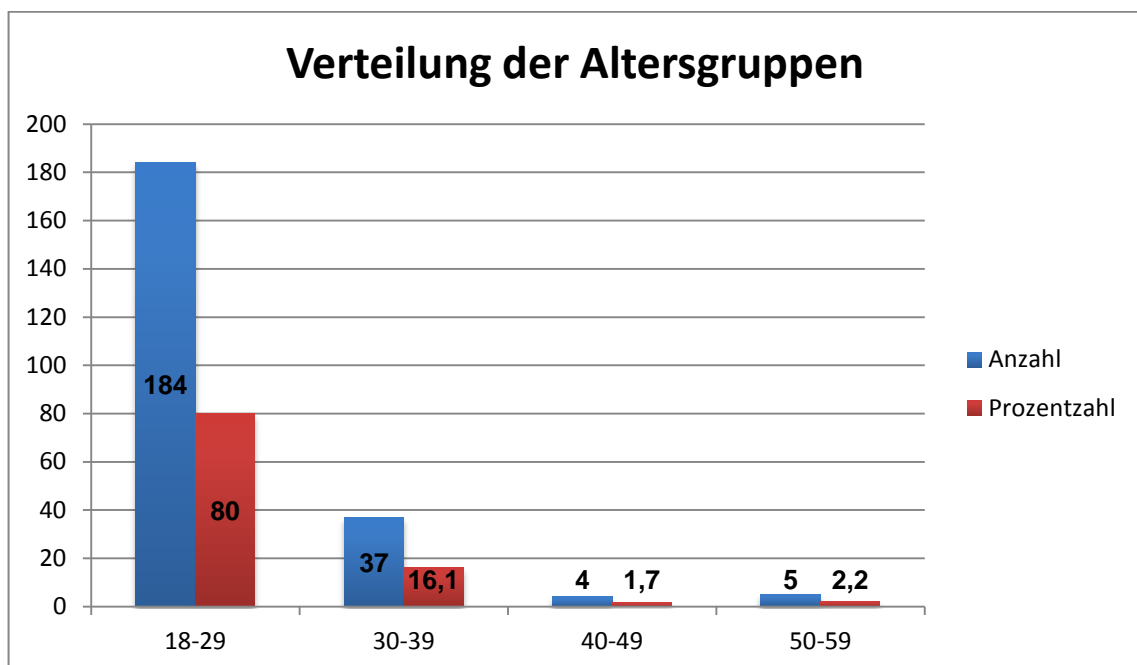


Abbildung 7: Verteilung der Altersgruppen

Die Altersstruktur zeigt deutlich, dass 80 % der Befragten zwischen 18 und 29 Jahren alt sind. Dies ist vor allem bei den Handlungsempfehlungen und Prognosen zu beachten, da die Ergebnisse sich im Großteil auf diese Altersgruppe beziehen. Den zweitgrößten Anteil haben die 30 bis 39 Jährigen Patienten mit 16,1 %. Für die weitere Betrachtung der Ergebnisse können daher die anderen Altersgruppen vernachlässigt werden.

Die Verteilung der Häufigkeiten hinsichtlich des Geschlechts ist relativ ausgeglichen. Von den gültigen 230 Teilnehmern sind 46,5 % männliche und 53,5 % weibliche Teilnehmer. Dies entspricht 107 Männern und 123 Frauen. Nicht so ausgeglichen sind die Häufigkeitsverteilungen bei dem Typ der Versicherung und dem Ort der Arztpraxis.

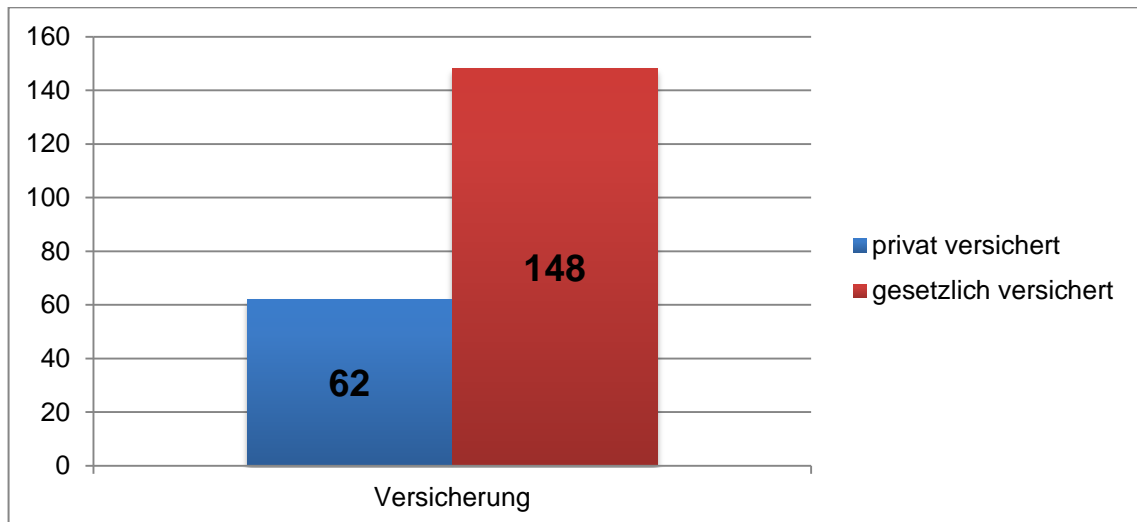


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung: Versicherungstyp

Wie Abbildung 7 darstellt, sind 62 aller Teilnehmer privat versichert. Dies entspricht etwa 26,9 Prozent aller Teilnehmer. Mit 73,1 % sind deutlich mehr gesetzlich versichert. Dies sind zwar ca. 13 % weniger als es laut einer Umfrage aus dem Jahr 2012 waren, zeigt aber, dass deutlich mehr Patienten in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.⁶⁰

Die Werte, die nach Versicherungstyp gefiltert werden sind wahrscheinlich nicht repräsentativ, da Studenten bei ihren Eltern mitversichert sind. Bei der Betrachtung dieser Werte muss dies stets beachtet werden.

⁶⁰ www.vdek.com, Zugriff v. 21.04.2014

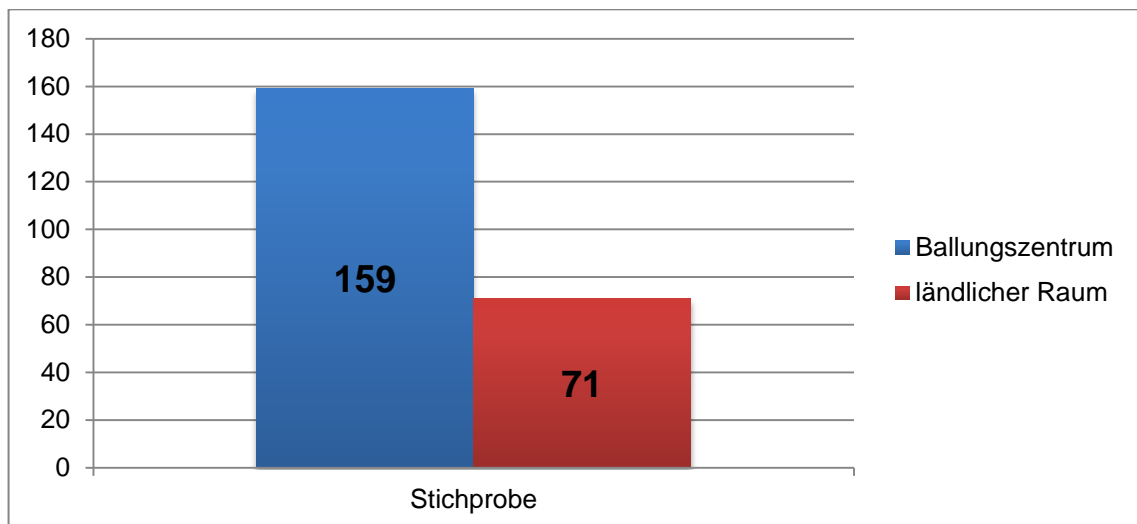


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung: Ort der Arztpraxis

Von den 230 Teilnehmern waren 159 bei ihrem letzten Arztbesuch in städtischen Ballungszentren, während 71 einen Arzt im ländlichen Raum aufgesucht haben. Die Anzahl reicht aus, um mit diesen Werten gut arbeiten zu können und einige Analysen bezüglich des Ortes der Arztpraxis zu machen.

4.1.2 Gesamtzufriedenheit

Die Skalierung der Fragestellung zur Zufriedenheit beim letzten Arztbesuch war wie folgt aufgebaut:

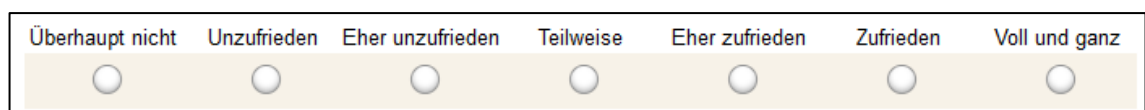


Abbildung 10: Skalierung Gesamtzufriedenheit

Die 7-er-Likert-Skala wurde deshalb gewählt, da durch sieben verschiedene Antwortmöglichkeiten eine differenziertere Ausprägung dargestellt werden kann. Überdies bietet die ungerade Anzahl an Ankreuzmöglichkeiten einen neutralen Auswahlwert.

Die nachfolgenden Diagramme zeigen die Verteilungen und den Mittelwert der Zufriedenheit.

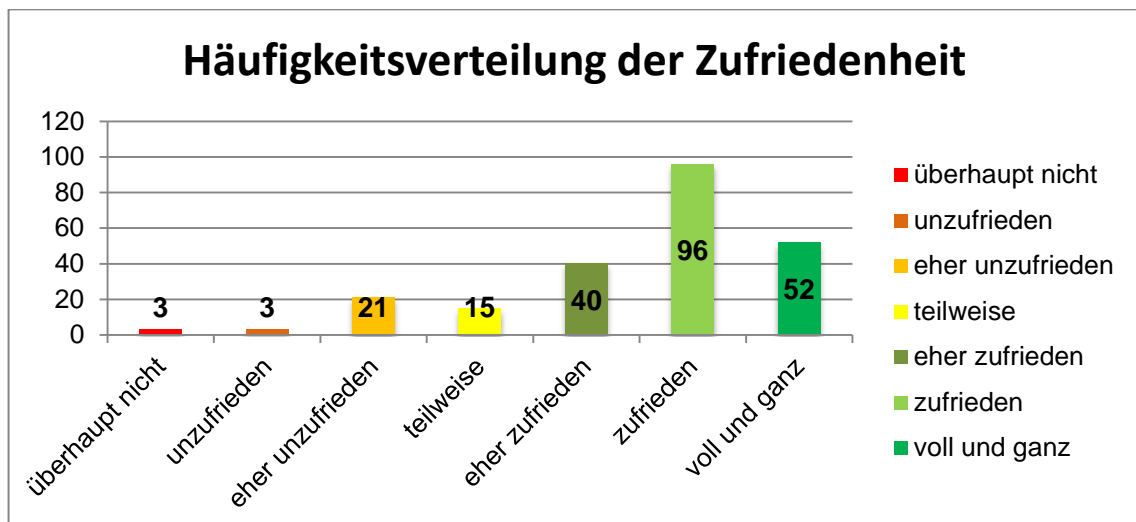


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Zufriedenheit

Abbildung 11 zeigt, dass 148 Patienten mit ihrem Besuch zufrieden bis voll und ganz zufrieden sind. Demgegenüber stehen 82 Personen, welche noch Verbesserungspotential sehen oder etwa gar nicht zufrieden sind. Das bedeutet, dass 35,6 % ihrem letzten Arztbesuch eher kritisch gegenüberstehen. Das Potential, diese Zufriedenheitswerte in Zukunft zu verbessern ist definitiv vorhanden.

Werden die angegebenen Zufriedenheitswerte anhand der angekreuzten Möglichkeiten betrachtet, so ergibt sich folgender Mittelwert.

Bericht			
Gesamtzufriedenheit			
Mittelwert	N	Standardabweichung	Median
5,53	230	1,343	6,00

Tabelle 1: Mittelwert Gesamtzufriedenheit

Bei einer Stichprobe von 230 beträgt der Mittelwert 5,53. Die Gesamtzufriedenheit liegt demzufolge im normal zufriedenen Bereich. Interessant wird diese Betrachtung, wenn anhand der Altersgruppe, des Versicherungstyps, des Geschlechts und des Ortes der Arztpraxis unterschieden wird.

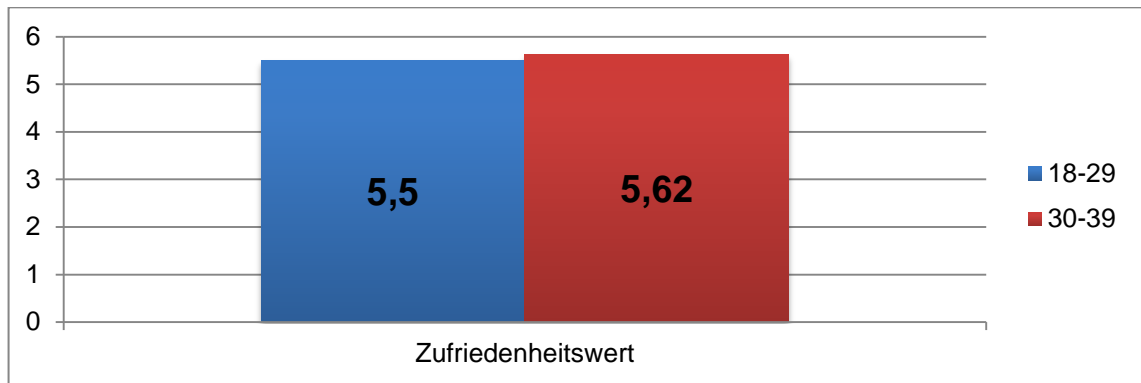


Abbildung 12: Zufriedenheit nach Altersgruppen

Werden die Zufriedenheitswerte nach Altersgruppen betrachtet, so ist zu erkennen, dass die Zufriedenheit der 18 bis 29 Jährigen in etwa mit der gemessenen Gesamtzufriedenheit übereinstimmt. Dies liegt daran, dass der Großteil der Stichprobe in diese Altersgruppe hineinfällt. Die 30 bis 39 Jährigen Patienten sind etwas zufriedener. In diesem Fall ist jedoch die Repräsentativität nicht gegeben.

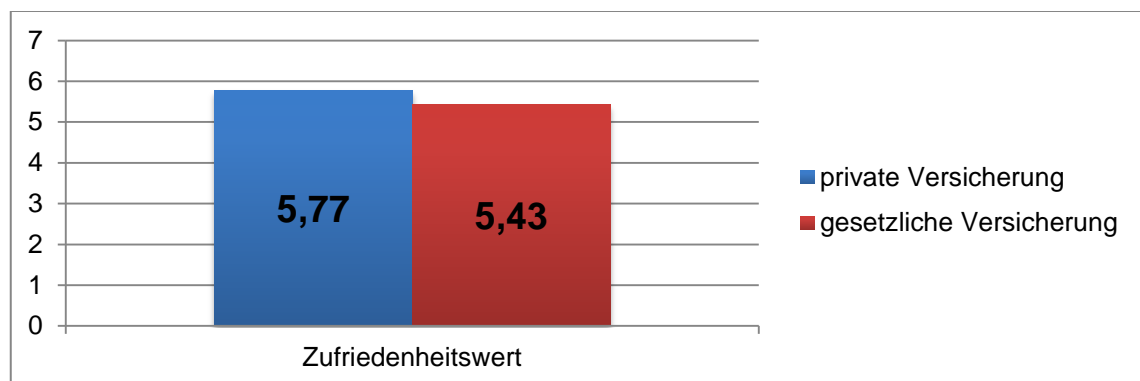


Abbildung 13: Zufriedenheit nach Versicherungstyp

Mit 5,77 befinden sich die Patienten des privaten Sektors im zufriedenen Bereich, während die gesetzlich Versicherten sich mit 5,43 zwar im noch zufriedenen Bereich befinden, aber letztendlich unter dem Gesamtdurchschnitt. An welchen Faktoren dies liegen könnte, wird sich in der späteren Abgleichung der Korrelation der einzelnen Faktoren zeigen. Zu diesem Zeitpunkt lässt sich diesbezüglich noch keine Prognose geben.

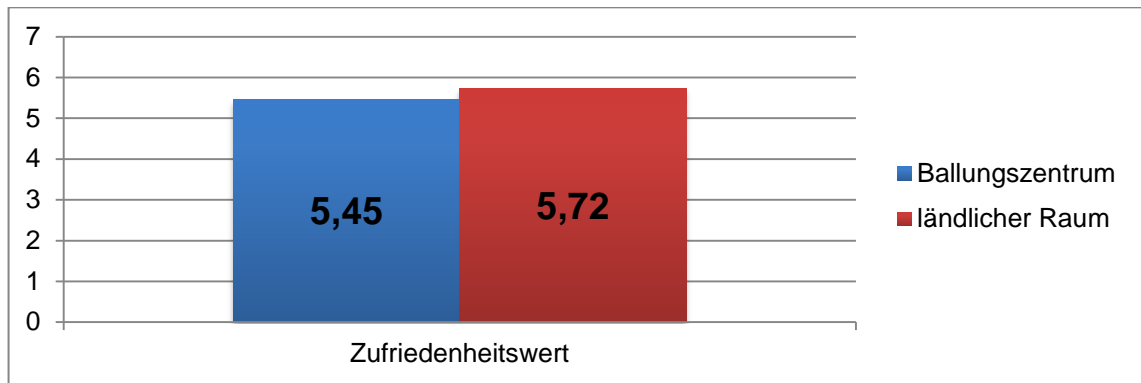


Abbildung 14: Zufriedenheit nach Ort der Behandlung

Aus den Werten der Abbildung 14 lässt sich eine höhere Zufriedenheit der Patienten auf dem Land erkennen. Die Gesamtzufriedenheit im städtischen Ballungszentrum befindet sich knapp unter dem Mittelwert der gesamten Stichprobe.

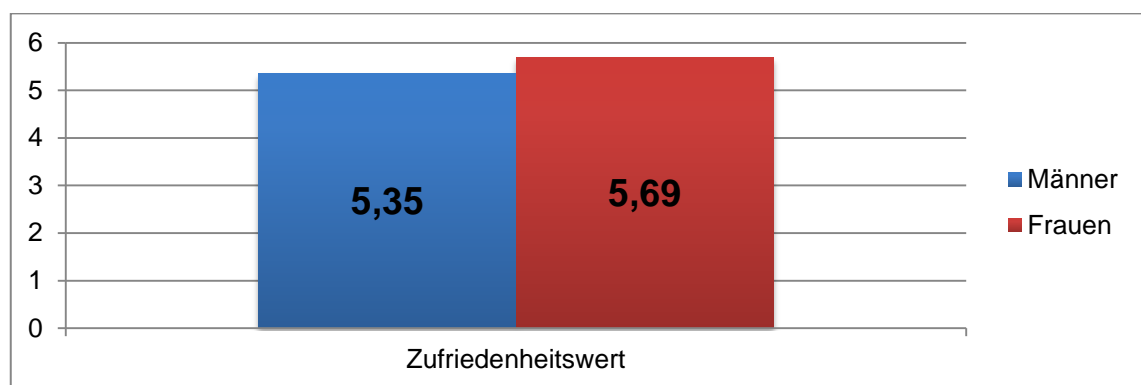


Abbildung 15: Zufriedenheit nach Geschlecht

Auch im Hinblick auf das Geschlecht lassen sich leichte Unterschiede erkennen. Frauen sind insgesamt etwas zufriedener mit ihrem Arztbesuch als Männer.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit 5,53 von 7 Punkten im zufriedenen Bereich befindet. Es besteht Potential, diesen Wert zu verbessern. Mit welchen Möglichkeiten und Maßnahmen, lässt sich vor allem in Verbindung der Korrelation der Gesamtzufriedenheit mit der Zufriedenheit der einzelnen Leistungsfaktoren erklären. Überdies ist zu sagen, dass sich die Zufriedenheitswerte nach Alter, Versicherung, Geschlecht und Ort der Behandlung allesamt im zufriedenen Bereich befinden. Man kann also durchaus sagen, dass die Patienten im Großen und Ganzen zufrieden sind. Werden diese Werte mit den Zufriedenheitswerten der Studie der MLP und des IfD verglichen, so zeigt sich auch hier eine gewisse Übereinstimmung. Laut den Ergebnissen dieser Studie sind 79 % mit dem deutschen Gesundheitssystem zufrieden. Die An-

zahl der zufriedenen Patienten beträgt auch bei diesem Fragebogen ca. 80 % der Stichprobe.

4.1.3 Wartezeiten

In diesem Abschnitt sollen sowohl die Wartezeiten auf einen Termin als auch die Wartezeiten im Wartezimmer selbst dargestellt werden.

Die Wartezeiten auf einen Termin bewegen sich im Schnitt bei 8 Tagen, während die Wartezeiten im Wartezimmer bei beinahe 26 Minuten liegen.

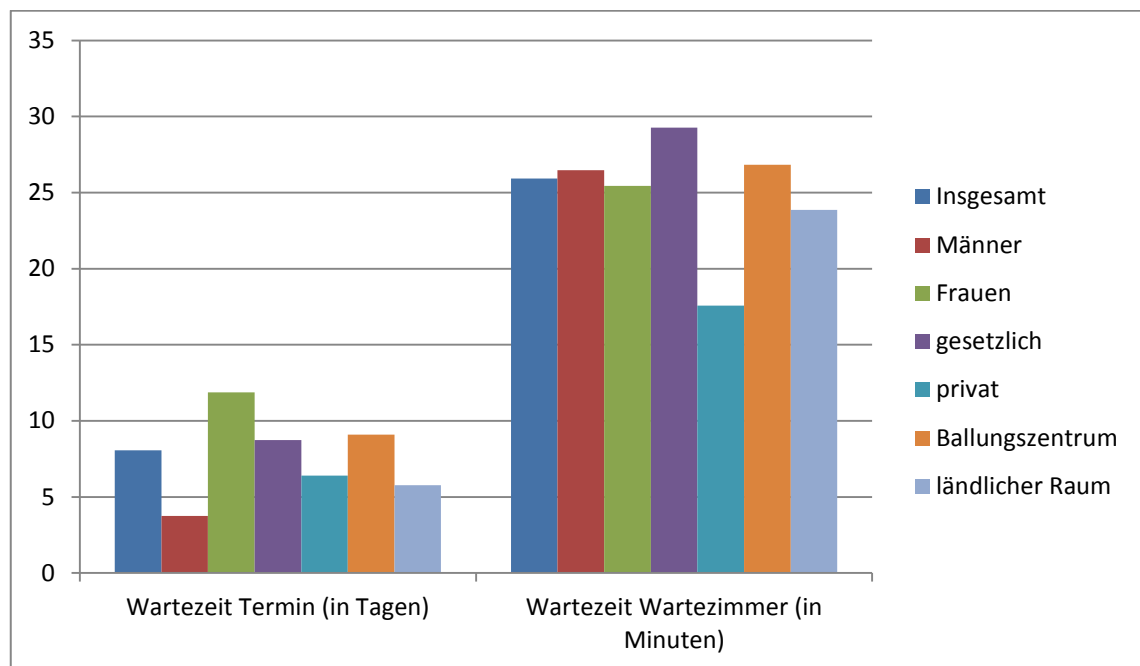


Abbildung 16: Durchschnittliche Wartezeiten - auf den Termin und im Wartezimmer

Die Ergebnisse im linken Bereich des Diagramms sind deutlich unterschiedlicher als die Ergebnisse bezüglich der Wartezeit im Wartezimmer. Die Altersgruppe wurde in diesem Diagramm nicht mit einbezogen, da es in diesem Fall keine großen Unterschiede gibt, da der Großteil der Stichprobe unter 30 Jahren ist. In allen anderen Gruppen gibt es jedoch einige, teils große Unterschiede. Betrachtet man beispielsweise die Werte der Männer und Frauen, so fällt auf, dass Frauen deutlich länger auf ihren Termin warten müssen. Die folgende Tabelle stellt diesen Fall etwas genauer dar.

Bericht

Wartezeit Termin (In Tagen)

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median
Männlich	3,74	107	5,873	2,00
Weiblich	11,86	122	23,571	4,50
Insgesamt	8,07	229	18,094	2,00

Tabelle 2: Wartezeit auf einen Termin (in Tagen) nach Geschlecht

Wie in der Tabelle zu erkennen ist, warten Frauen beinahe 12 Tage im Schnitt, während Männer gerade einmal 4 Tage warten müssen. Betrachtet man jedoch die Standardabweichung, so ist vor allem beim weiblichen Geschlecht eine große Streuung zu erkennen. Aus diesem Grund wird der Median herangezogen, bei dem extreme Werte einen nicht so großen Einfluss haben wie beim arithmetischen Mittel. Beim Median erreichen die Männer Werte von 2 Tagen, die sich mit dem Median aller Werte deckt. Die Frauen warten zwar immer noch doppelt solange auf einen Termin wie die Männer, jedoch nur noch knappe 4,5 Tage.

Ein weiterer interessanter Fall ist der Unterschied zwischen privat und gesetzlich Versicherten Patienten.

Bericht

Wartezeit Termin (in Tagen)

Versicherung	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median
Gesetzlich	9,21	147	16,809	3,00
Privat	6,67	61	23,251	2,00

Tabelle 3: Wartezeit auf einen Termin (in Tagen) nach Versicherungstyp

Werden die Werte zwischen privat Versicherten und gesetzlich Versicherten Patienten verglichen, so zeigt sich im Mittelwert, dass privat Versicherte im Schnitt etwa 2,5 Tage weniger auf ihren Termin warten müssen. Anhand des Medians ist die Diskrepanz nicht mehr ganz so deutlich. Die gesetzlich Versicherten warten jedoch auch hier einen Tag länger. Woran dies genau liegt, wurde in diesen Ergebnissen nicht berücksichtigt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dies mit der individuellen Abrechnung des Arztes zusammenhängt.

Bericht

Wartezeit Termin (In Tagen)

Ort der Arztpraxis	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median
Ländlicher Raum	5,77	71	13,846	1,00
Städtisches Ballungszentrum	9,09	158	19,660	3,00
Insgesamt	8,07	229	18,094	2,00

Tabelle 4: Wartezeit auf Termin (in Tagen) nach Ort der Behandlung

Die letzte Betrachtung bezüglich der Wartezeit auf einen Termin soll auf den Ort der Behandlung gerichtet werden.

Die Ergebnisse, die sich aus dem Ort der Behandlung ergeben, unterscheiden sich von Stadt zu Land deutlich. Patienten aus dem ländlichen Raum warten im Schnitt beinahe 4 Tage weniger auf einen Termin und anhand des Medians betrachtet 2 Tage weniger. Gründe hierfür könnte einerseits die Ballung in der Stadt sein, welche für volle Terminkalender der Praxen verantwortlich ist. Warum dies jedoch genau so ist, ist nicht Teil dieser Erhebung gewesen.

Wie bereits erwähnt gibt es diese Unterschiede nicht im Hinblick auf die Wartezeiten im Wartezimmer. In Abbildung 15 ist zu erkennen, dass sich die Werte nur leicht unterscheiden, bis auf den klassischen Fall, dass privat Versicherte um einiges schneller ihren Termin wahrnehmen können als gesetzlich Versicherte. Patienten der gesetzlichen KVs warten im Schnitt 9 Minuten länger als Patienten der privaten Versicherungen. Als Grund dieser Ergebnisse könnten in diesem Fall nur Behauptungen aufgestellt werden, diese aber weder bestätigt noch widerlegt werden.

4.1.4 Erwartungs- und Zufriedenheitswerte einzelner Leistungsfaktoren

Der Großteil des Fragebogens bezog sich auf die Erwartungen und demzufolge auch auf die eingetroffenen Erwartungen der einzelnen Leistungsfaktoren. Die Erwartungen stellen den Wert der Wichtigkeit dar und die eingetroffenen Erwartungen die Zufriedenheitswerte. Bei der Beantwortung des Fragebogens hatten die Teilnehmer folgende Skalierung zur Verfügung:

Überhaupt nicht	Nicht	Eher nicht	Teilweise	Normal	Sehr	Voll und ganz
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 17: Skalierung Erwartungen - eingetroffene Erwartungen

Diese Skalierung hat den Teilnehmern auch bei diesen Fragen einen neutralen Mittelpunkt geboten. Da sich außerdem die Auswahlmöglichkeiten den gesamten Fragebogen nicht geändert haben, können die Werte im Nachhinein ohne Probleme abgeglichen werden. Folgend werden die Ergebnisse diesbezüglich dargestellt.

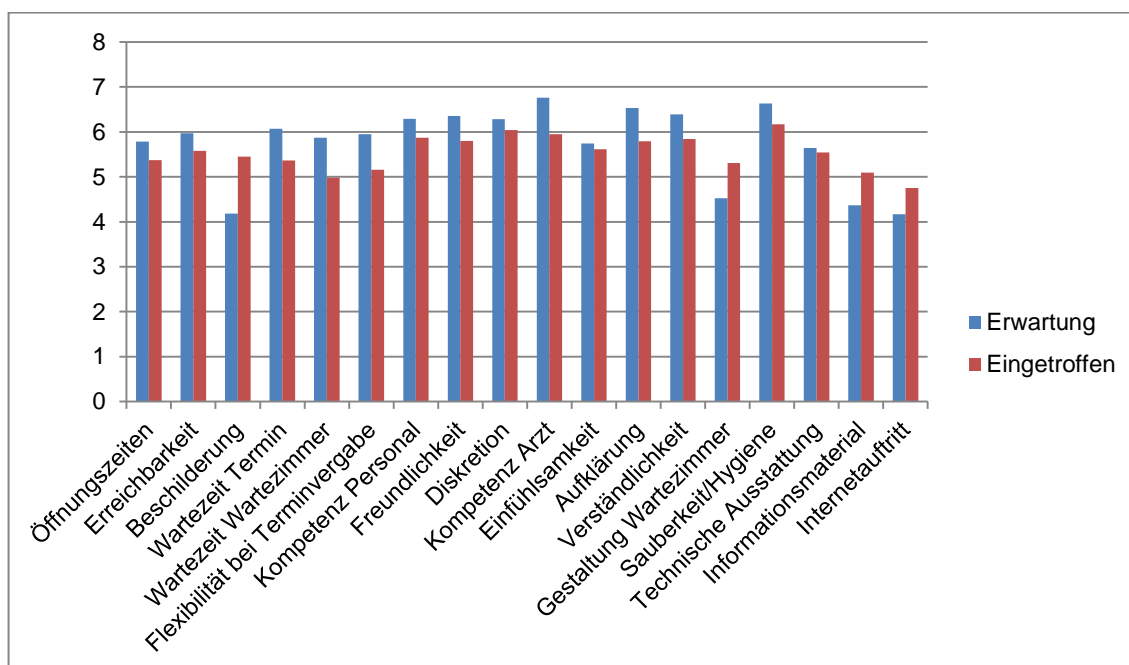


Abbildung 18: Erwartung und eingetrafene Zufriedenheit

In Abbildung 18 sind alle abgefragten Leistungsfaktoren aufgelistet. Die Faktoren wurden in mehreren Gruppen abgefragt. Faktoren, ...

- die die Praxis betreffen (Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Beschilderung)
- die Wartezeiten betreffen (Termin, Zimmer, Flexibilität der Terminvergabe)
- die das Personal betreffen (Kompetenz, Freundlichkeit, Diskretion)
- die den Arzt betreffen (Kompetenz, Einfühlsamkeit, Aufklärung, Verständlichkeit)
- die das Innere der Praxis betreffen (Gestaltung, Hygiene, Technik, Informationsmaterial, Internetauftritt)

Die Erwartungen, die die Patienten an die einzelnen Leistungsfaktoren stellen, sind im Allgemeinen höher als die eingetrafene Zufriedenheit. Wenn die subjektiven Erwartungen nicht oder nur teilweise erfüllt sind, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich Unzufriedenheit einstellt. Da sich die Erwartungen der Teilnehmer im normal bis sehr wichtigen Bereich liegen und die Diskrepanz zur eingetrafenen Zufriedenheit nicht überwiegend groß ist, ist die Stichprobe auch mit dem gesamten Arztbesuch zufrieden. Zu erwähnen ist die Kompetenz des Arztes, die den Patienten am wichtigsten zu sein scheint. Bei nur 4

der 18 abgefragten Leistungsfaktoren war die eingetragene Zufriedenheit größer als die Erwartungen. Die Beschilderung der Praxis, die Gestaltung des Wartezimmers, Informationsmaterial und der Internetauftritt scheint den Patienten relativ gleichgültig zu sein, während alle anderen Faktoren wohl großen Einfluss auf die Zufriedenheitswerte haben.

Ob dies wirklich so ist, und welche Faktoren den meisten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit haben, zeigt sich in den folgenden Korrelationsbeschreibungen der gesamten Stichprobe und einzelner Gruppierungen.

4.2 Korrelation

Die Korrelation beschreibt mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. Der Koeffizient beschreibt dabei, je nach Höhe den linearen Zusammenhang beider Variablen. Dieser kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Je näher die Werte gen 0 gehen, desto geringer ist der Zusammenhang. Je näher die Werte an die 1 reichen, egal ob positiv oder negativ, desto stärker korrelieren die zwei Faktoren miteinander.⁶¹

Die nachfolgende Abbildung zeigt, bis zu welchen Werten man von einer sehr geringen bzw. sehr hohen Korrelation ausgehen kann.

Wert	Interpretation
bis 0,2	sehr geringe Korrelation
bis 0,5	geringe Korrelation
bis 0,7	mittlere Korrelation
bis 0,9	hohe Korrelation
über 0,9	sehr hohe Korrelation

Tabelle 5: Interpretation des Korrelationskoeffizienten nach Bühl⁶²

Es gibt mehrere Möglichkeiten, nach denen man die Zusammenhänge messen kann. Zu diesen gehören unter anderem die Korrelationsmessung nach Pearson und Spearman-Rho.

Soll der Zusammenhang für mindestens intervallskalierte Stichproben ermittelt werden, so wird die Messung nach Pearson durchgeführt. In diesem Fall handelt es sich jedoch um eine ordinalskalierte Stichprobe, da für jeden Wert eine genaue Bezeichnung angegeben

⁶¹ Vgl. Bühl, 2008, 346

⁶² Vgl. ebenda

wurde. Aus diesem Grund werden die Korrelationswerte nach Spearman-Rho herangezogen. Des Weiteren ist diese Methode robuster gegenüber Ausreißern.⁶³

Mit Hilfe dieser Informationen wurden die Korrelationswerte der Umfrage bezüglich der Patientenzufriedenheit ermittelt und interpretiert.

4.2.1 Korrelationswerte der gesamten Stichprobe

Korrelation des Faktors Gesamtzufriedenheit mit der Zufriedenheit der einzelnen Faktoren wurde in diesem Fall mit der gesamten Stichprobe durchgeführt. Das Statistik-Tool SPSS hat bei der Berechnung nur die Fälle beachtet, die valide sind. Deshalb weicht die Stichprobengröße je nach Leistungsfaktor etwas voneinander ab. Auf das Gesamtergebnis hat es jedoch keinen Einfluss, dass das Mindestmaß der Stichprobengröße in jedem einzelnen Faktor deutlich überschritten wurde. Die kleinste Stichprobe beträgt beim Faktor Internetauftritt 185.

Die folgende Tabelle stellt die einzelnen Korrelationswerte dar. Die hervorgehobenen Werte zeigen die Faktoren, welche am meisten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit besitzen.

		Stichprobe	Gesamtzufriedenheit
Spearman-Rho	Gesamtzufriedenheit	230	1
	Kompetenz Arzt	198	0,571
	Wartezeit Wartezimmer	208	0,515
	Aufklärung/Information	198	0,515
	Verständlichkeit	196	0,47
	Freundlichkeit Personal	197	0,466
	Kompetenz Personal	198	0,442
	Einfühlsamkeit/Zuneigung	198	0,433
	Diskretion	197	0,431
	Sauberkeit/Hygiene	192	0,41
	Öffnungszeiten	209	0,393
	Flexibilität Terminvergabe	206	0,384
	Technische Ausstattung	192	0,37
	Wartezeit Termin	207	0,31
	Erreichbarkeit	207	0,295
	Informationsmaterial	191	0,243
	Gestaltung Wartezimmer	192	0,224
	Beschilderung	209	0,173
	Internetauftritt	185	0,055

63

Statistik-stuttgart-de, Zugriff v. 30.04.2014

Tabelle 6: Korrelationswerte Gesamtzufriedenheit mit einzelnen Leistungsfaktoren - gesamte Stichprobe

Tabelle 6 bezieht sich auf die gesamte Stichprobe. Es ist eindeutig zu erkennen, dass einige Faktoren weniger, andere Faktoren hingegen mehr mit der Gesamtzufriedenheit korrelieren. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass jeder Faktor einen positiven Einfluss besitzt.

Auffällig ist jedoch, dass kein einziger Leistungsfaktor einen hohen bis sehr hohen Korrelationswert aufweist. Der Großteil der Variablen befindet sich im geringen bis mittleren Zusammenhang. Wie sicher diese Werte sind, soll mit folgenden Hypothesentests bestätigt oder widerlegt werden.

H0: Die Werte „Kompetenz Arzt“, „Wartezeit Wartezimmer“ und „Aufklärung/Information“ haben keinen Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit der Patienten.

Korrelationen Spearman-Rho		Gesamtzufriedenheit
Gesamtzufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000
	Sig. (2-seitig)	
	N	230
Kompetenz Arzt	Korrelationskoeffizient	,517**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	198
Wartezeit Wartezimmer	Korrelationskoeffizient	,515**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	208
Aufklärung/Information	Korrelationskoeffizient	,515**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	198
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)		

Tabelle 7: Hypothesentest gesamte Stichprobe - Korrelationen nach Spearman

Getestet wurde bei einem Signifikanzniveau von 99 %. Dies bedeutet: Sollte der p-Wert kleiner als 1 % sein, kann die Null-Hypothese verworfen werden. Alle drei Korrelationen sind in diesem Fall auch auf dem Niveau von 99 % signifikant. Es besteht ein auf dem Niveau $p < 0,01$ statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den drei Faktoren und der Gesamtzufriedenheit der Patienten. Die Messwerte im ,500er-Zusammenhangsbereich deuten auf eine eher mittel zu beurteilende Korrelation.

Bei der gesamten Stichprobe ist davon auszugehen, dass alle Faktoren auf die Gesamt-

zufriedenheit wirken. Dabei wirken einige Faktoren etwas mehr und andere Faktoren etwas weniger auf die Zufriedenheit der Patienten.

In den folgenden Kapiteln werden die Korrelationen bezüglich der verschiedenen Stichprobengruppen ermittelt. Die Korrelationen bezüglich des Alters werden nicht beachtet, da der Großteil der Teilnehmer der Altersgruppe unter 30 Jahren angehört. Deshalb werden die Korrelationswerte nun gefiltert betrachtet. Die Filterung bezieht sich auf das Geschlecht, den Versicherungstyp und den Standort der Arztpraxis.

4.2.2 Korrelationswerte nach Geschlechtern

			Gesamtzufriedenheit	
		Stichprobe	Frauen	Männer
Spearman-Rho	Gesamtzufriedenheit	230	1	1
	Kompetenz Arzt	198	0,511	0,527
	Wartezeit Wartezimmer	208	0,496	0,539
	Aufklärung/Information	198	0,513	0,489
	Verständlichkeit	196	0,46	0,481
	Freundlichkeit Personal	197	0,474	0,427
	Kompetenz Personal	198	0,394	0,515
	Einfühlsamkeit/Zuneigung	198	0,414	0,455
	Diskretion	197	0,451	0,369
	Sauberkeit/Hygiene	192	0,33	0,475
	Öffnungszeiten	209	0,375	0,403
	Flexibilität Terminvergabe	206	0,345	0,436
	Technische Ausstattung	192	0,332	0,383
	Wartezeit Termin	207	0,326	0,281
	Erreichbarkeit	207	0,228	0,373
	Informationsmaterial	191	0,239	0,234
	Gestaltung Wartezimmer	192	0,225	0,199
	Beschilderung	209	0,178	0,182
	Internetauftritt	185	0,105	0,004

Tabelle 8: Korrelationswerte nach Geschlechtern

Aus den Werten lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Teilnehmern erkennen. Betrachtet man die Werte jedoch einzeln, so sieht man, dass weder bei den Frauen noch bei den Männern wirklich einflussreiche Faktoren vorhanden sind. Die mit der Gesamtzufriedenheit am meisten korrelierenden Faktoren sind bei den Frauen die Kompetenz des Arztes und die Aufklärung und Informationsbereitschaft des Arztes. Diese überschneiden sich mit der gesamten Stichprobe. Bei den Männern gehört die Kompetenz des Arztes ebenfalls zu den einflussstärksten Faktoren. Daneben noch die Wartezeit im Wartezimmer und die Kompetenzen des Personals.

Der Faktor Internetauftritt scheint bei beiden Geschlechtern keinen bis überhaupt keinen Einfluss zu haben. Einen deutlichen Unterschied zwischen Frauen und Männern ist bei einem Faktor zu sehen. Es handelt sich um die Kompetenz des Personals, welche bei den Frauen einen geringen Einfluss aufweist, während dieser Faktor bei den Männern eine mittlere Korrelation beschreibt. Bezüglich dieses Faktors sollen zwei Tests ergeben, ob die Korrelationen in diesem Maße zutreffen.

H0: Es besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Korrelation des Faktors „Kompetenz Personal“ mit der „Gesamtzufriedenheit“.

Korrelationen Spearman-Rho		Gesamtzufriedenheit
Kompetenz Personal (Frauen)	Korrelationskoeffizient	,394**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	112
Kompetenz Personal (Männer)	Korrelationskoeffizient	,515**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	85
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)		

Tabelle 9: Hypothesentests Korrelationen nach Geschlechtern - Kompetenz des Personals

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern besteht ein auf dem Niveau $p < 0,01$ statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Kompetenz des Personals und der Gesamtzufriedenheit. Die Messwerte deuten auf eine geringe positive Korrelation bei den Frauen und auf eine eher mittel zu beurteilende Korrelation bei den Männern hin. Da mit 99 prozentiger Wahrscheinlichkeit diese Werte angenommen werden können, besteht auch ein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Korrelationswerte. Die Null-Hypothese ist deshalb zu verwerfen.

4.2.3 Korrelationswerte nach Versicherung

		Gesamtzufriedenheit	
		Gesetzlich	Privat
	Gesamtzufriedenheit	1	1
	Kompetenz Arzt	0,559	0,393
	Wartezeit Wartezimmer	0,496	0,480
	Aufklärung/Information	0,564	0,309
	Verständlichkeit	0,499	0,328
	Freundlichkeit Personal	0,483	0,395
	Kompetenz Personal	0,481	0,339

Spearman-Rho	Einfühlsamkeit/Zuneigung	0,463	0,293
	Diskretion	0,513	0,199
	Sauberkeit/Hygiene	0,404	0,406
	Öffnungszeiten	0,355	0,467
	Flexibilität Terminvergabe	0,399	0,273
	Technische Ausstattung	0,369	0,335
	Wartezeit Termin	0,312	0,216
	Erreichbarkeit	0,289	0,319
	Informationsmaterial	0,216	0,315
	Gestaltung Wartezimmer	0,223	0,155
	Beschilderung	0,154	0,142
	Internetauftritt	0,016	0,148

Tabelle 10: Korrelationswerte nach Versicherungstyp

Bei den Korrelationswerten je nach Versicherungstyp sind deutliche Auffälligkeiten zu erkennen. Es scheint so zu sein, dass bei gesetzlich Versicherten deutlich mehr Faktoren einen Einfluss auf die Zufriedenheit haben, als es bei den privat Versicherten der Fall ist. Mit den Faktoren „Kompetenz Arzt“, „Aufklärung/Information“ und „Diskretion“ gibt es bei den gesetzlich Versicherten drei Faktoren, welche im mittleren Korrelationszusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit stehen. Auf der Seite der privat Versicherten ist hingegen kein einziger Faktor dabei, der eine mittlere Korrelation aufweist. Dies kann entweder bedeuten, dass die privaten Patienten leichter zufriedenzustellen sind, da kein Faktor einen große Wirkung besitzt, sondern jeder Faktor einen kleinen Teil zum Gesamten beiträgt oder die Zufriedenheit entsteht bei nicht abgefragten Faktoren. Diese Frage lässt sich jedoch nicht sicher beantworten.

Der deutlichste Unterschied besteht bei dem Faktor „Diskretion“. Dieser scheint den gesetzlich Versicherten relativ wichtig zu sein, den privaten Patienten jedoch überhaupt nicht. Aufgrund dieser deutlichen Diskrepanz, sollen die Werte dieser Komponente noch einmal genauer geprüft werden.

H0: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich des Faktors „Diskretion“ bei den Korrelationswerten mit der Gesamtzufriedenheit zwischen privaten und gesetzlich versicherten Patienten.

Korrelationen Spearman-Rho		Gesamtzufriedenheit
Diskretion (Gesetzlich)	Korrelationskoeffizient	,513**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	138
Diskretion (Privat)	Korrelationskoeffizient	,199

Sig. (2-seitig)	,131
N	59
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)	

Tabelle 11: Hypothesentests Korrelationen nach Versicherungstyp - Faktor Diskretion

Der Korrelationswert bei den gesetzlich Versicherten trifft mit 99 prozentiger Wahrscheinlichkeit in diesem Maße zu. Es besteht ein auf dem Niveau $p < 0,01$ signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und der Diskretion. Dieser Wert deutet auf eine mittel zu beurteilende Korrelation.

Demgegenüber steht der Korrelationskoeffizient ,199 bei den privaten Patienten. Dieser weist weder Signifikanz bei $p < 0,01$ noch $p < 0,05$ auf. In diesem Fall beträgt $p = 0,131$. Dies bedeutet, dass eine 13,1 prozentige Wahrscheinlichkeit besteht, dass dieser Wert nur Zufall ist. Da 13,1 % jedoch nicht so viel ist, kann mit 86,9 prozentiger Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass dieser Wert so zutrifft. H_0 kann dementsprechend verworfen werden, da definitiv ein Unterschied zwischen den Werten der privaten und gesetzlich versicherten Teilnehmer besteht.

4.2.4 Korrelationswerte nach Versicherung

		Gesamtzufriedenheit	
Spearman-Rho		Stadt	Land
	Gesamtzufriedenheit	1	1
	Kompetenz Arzt	0,589	0,337
	Wartezeit Wartezimmer	0,505	0,528
	Aufklärung/Information	0,589	0,292
	Verständlichkeit	0,559	0,258
	Freundlichkeit Personal	0,511	0,306
	Kompetenz Personal	0,491	0,331
	Einfühlsamkeit/Zuneigung	0,510	0,243
	Diskretion	0,453	0,313
	Sauberkeit/Hygiene	0,429	0,332
	Öffnungszeiten	0,383	0,411
	Flexibilität Terminvergabe	0,408	0,279
	Technische Ausstattung	0,385	0,340
	Wartezeit Termin	0,297	0,303
	Erreichbarkeit	0,288	0,330
	Informationsmaterial	0,252	0,227
	Gestaltung Wartezimmer	0,190	0,322
	Beschilderung	0,166	0,218
	Internetauftritt	0,075	0,105

Tabelle 12: Korrelationswerte nach Behandlungsort

Auch bezüglich des Behandlungsortes lassen sich einige Unterschiede erkennen. Im städtischen Ballungsraum gibt es 6 Faktoren, die auf einen mittleren Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit deuten. Auf dem Land ist es nur ein Faktor, der sich auf die Gesamtzufriedenheit etwas mehr auswirkt, die Wartezeit im Wartezimmer. Ansonsten besitzen die anderen Faktoren im ländlichen Raum einen nicht so großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten. Man könnte dies so interpretieren, dass die Patienten auf dem Land einfacher bzw. schneller zufriedenzustellen sind, als Patienten in der Stadt. Die Gründe Diskrepanz der Faktoren, die sich auf den Arzt beziehen (Kompetenz, Aufklärung/Information, Verständlichkeit und Einfühlsamkeit/Zuneigung), lassen sich nur erahnen. Durch die persönliche Interaktionsebene auf dem Land und das gegenseitige Kennen, gehen die Patienten sicherer und lockerer in eine Behandlung als es vielleicht bei Patienten in der Stadt der Fall ist. Das heißt sie achten nicht auf mehrere Faktoren gleichzeitig und nehmen diese auch nicht so genau in Betracht, wie es beispielsweise bei städtischen Patienten ist, die den Arzt bzw. die Praxis noch nicht so gut kennen. Die Anonymität könnte diesbezüglich den Unterschied ausmachen. Ob dies so ist, lässt sich allerdings nicht sicher feststellen. Dafür wären weitere, viel tiefer gehende Untersuchungen notwendig. Da es den Anschein macht, dass die Patienten der städtischen und ländlichen Praxen einen gewissen Wert auf die Zeit im Wartezimmer legen, sollen diese Werte noch einmal getestet werden.

H0: Es besteht kein mittel zu beurteilender korrelierender Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und der Wartezeit im Wartezimmer, sowohl im ländlichen Raum als auch im städtischen Ballungszentrum.

Korrelationen Spearman-Rho		Gesamtzufriedenheit
Diskretion (Stadt)	Korrelationskoeffizient	,505**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	145
Diskretion (Land)	Korrelationskoeffizient	,528**
	Sig. (2-seitig)	,000
	N	62
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)		

Tabelle 13: Hypothesentests Korrelationen nach Behandlungsort - Faktor Wartezeit Wartezimmer

In der Stadt und auf dem Land besteht ein auf dem Niveau $p < 0,01$ statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Wartezeit im Wartezimmer und der Gesamtzufriedenheit. Die Messwerte deuten bei beiden Seiten auf mittel zu beurteilende Korrelationen hin. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass mit 99 prozentiger Wahrscheinlichkeit kein Unterschied bei den städtischen und ländlichen Patienten besteht.

Aufgrund der in der Abbildung 26 getesteten Werte kann die Null-Hypothese verworfen und das Gegenteil bewiesen werden.

5 Schluss

5.1 Prognosen

Zu allererst ist zu erwähnen, dass die empirischen Erkenntnisse nicht die Grundgesamtheit, wie sie in Deutschland oder Bayern vorherrscht, widerspiegelt. Dies ist daran zu erkennen, dass der Großteil der Teilnehmer, genauer 80 %, der Altersgruppe der 18 bis 29 Jährigen angehört. Dies ist nicht unbedingt ein Nachteil, da sich die Zufriedenheits- bzw. Wichtigkeitswerte zwar wahrscheinlich etwas verändern werden, aber die nächsten Jahre oder vielleicht sogar Jahrzehnte tendenziell so auftreten. Für die Altersgruppe über 30 Jahren bestehen hingegen keine eindeutigen Nachweise, dass diese Werte für den Großteil der Patienten gelten. Entsprechend dieser Patientengruppe lassen sich deshalb nur sehr vage Prognosen abgeben.

Grundsätzlich ist zu erkennen, dass den Patienten in Deutschland die Faktoren besonders wichtig sind, welche die medizinischen Kompetenzen der Ärzte oder deren „Soft Skills“ betreffen. Mit „Soft Skills“ werden in dieser Hinsicht die weichen Faktoren bezeichnet, die sich auf die interaktionelle Ebene des Arztes und der Patienten beziehen. Die Wichtigkeit des Arztes mit seinen Fähigkeiten und Kompetenzen scheint weiterhin im Vordergrund zu sein. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren auch das Personal und die Arztpraxis mit ihrer Sauberkeit und Gestaltung immer mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Auch die Wartezeiten scheinen den Menschen durchaus von Bedeutung zu sein. Hier zu erwähnen sind besonders die Wartezeiten im Wartezimmer, die sowohl gesetzlich Versicherten als auch privat Versicherten sehr wichtig sind. Hier unterscheiden sich jedoch die tatsächlichen Wartezeiten um mehr als 10 Minuten. Diese Werte können auch für die weiteren Jahre so erwartet werden, wobei sich auch laut Studien, wie die des MLP, in den weiteren Jahren die sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin“ immer stärker ausprägen wird.

Gegen diesen Trend scheinen auch Politiker anzukämpfen. Nicht ohne Grund werden des Öfteren Forderungen laut, eine Einheitsversicherung zu erschaffen, die gleiche Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb erlauben.

Diesbezüglich können und sollen in den kommenden Jahren weitere gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien den Weg in das deutsche Gesundheitssystem finden. Wie genau diese formuliert werden und welche Themengebiete diese betreffen, darüber entscheidet die Bundesärztekammer. Die gesetzlichen Regelungen, die es in den letzten 10 Jahren in

das fünfte Sozialgesetzbuch geschaffen haben, bezogen sich häufig auf die Qualität und das damit verbundene Qualitätsmanagement. In den kommenden Jahren ist es möglich, dass sich einige neue Richtlinien auf dieses Thema beziehen. Aufgrund dieser Entwicklungen ist also davon auszugehen, dass das QM in den nachfolgenden Jahren immer mehr an Wichtigkeit dazugewinnt.

Alles in allem sind die meisten Patienten in Deutschland mit ihrer Behandlung und dem Gesundheitssystem zufrieden bis sehr zufrieden. Diese Tendenz wird sich wohl in den kommenden Jahren bestätigen.

5.2 Fazit

Damit die Ergebnisse nicht nur eine einmalige Darstellung der Patientensicht im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit sind, sollen in diesem Abschnitt der Arbeit einige Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden.

Bevor die eigentlichen Empfehlungen ausgesprochen werden, sollte gesagt werden, dass die Ergebnisse zwar repräsentativ sind, diese sich jedoch verschieben können, sofern mehr Personen und andere Altersgruppen den Fragebogen beantworten.

Bei der Einführung bzw. Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements sollte der Patient mit seinen Meinungen weiterhin im Mittelpunkt stehen. Es ist Aufgabe der Praxisleitung, dem Qualitätsmanagement und vor allem den patientenbezogenen Themen voll und ganz Aufmerksamkeit zu schenken. Aufgrund der großen Anzahl an Arztpraxen sollte weiterhin das Feedback des Patienten beachtet werden. Ist dies nicht der Fall, so ist es ein einfaches Unterfangen, einen anderen Arzt aufzusuchen. Eine Praxis sollte sowohl wirtschaftlich als auch medizinisch korrekt handeln. Natürlich muss die Ärzteschaft darauf schauen, dass sie langfristig effizient arbeitet, dies ist jedoch am einfachsten, wenn sich die Patienten wohl und geborgen fühlen. Auf diese Weise binden sich Patienten folgendermaßen an die Praxis und an den Arzt.

Bei den Faktoren, die den Patienten besonders wichtig sind oder letzten Endes viel Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit besitzen, lässt sich zwar eine Rangfolge erkennen, jedoch gibt es nicht DIE wichtigen Faktoren, die sich gewissermaßen alleine auswirken. Die Patientenzufriedenheit ist das Produkt aus dem Zusammenspiel aller Leistungsfaktoren. Ein Termin bei einem Arzt sollte aufgrund dessen immer mehr als ganzheitlicher Prozess angesehen werden. Dies beginnt bei der Terminvergabe bis hin zur Nachbehandlung von Krankheiten. Es sollte vor allem darauf geachtet werden, dass jeder einzelne Leistungsfaktor Beachtung findet. Einer der wenigen Faktoren, die gar keinen Einfluss auf die Pati-

entenzufriedenheit haben, scheint der Internetauftritt zu sein. Gerade im heutigen elektronischen Zeitalter, in dem alles auf das Internet ausgelegt ist, ist es schon ein wenig überraschend, dass dieser Punkt den Patienten völlig gleichgültig erscheint. Auch die Gestaltung des Wartezimmers und Informationsmaterial ist nicht von der Bedeutung, wie die Komponenten, welche ausschließlich den Arzt oder die Wartezeiten betreffen. Auf diese Teile der Behandlung sollte deshalb weiterhin großes Augenmerk gelegt werden. Allerdings sollten auch den anderen Faktoren Aufmerksamkeit gegeben werden, da diese sonst vernachlässigt werden. Auch das kann sich negativ auf die Patienten auswirken.

Ziel jeder Praxis sollte generell die kontinuierliche Verbesserung sein. Dies bezieht sich auf jeden einzelnen Prozess, der tagtäglich Anwendung findet. Ein/Eine Praxismanager/Praxismanagerin lässt diese Aufgabe zum Teil einfacher erscheinen. Der Schwerpunkt der Aufgaben dieser Person liegt ganz klar in den ökonomischen und organisatorischen Prozessen. Durchaus kann sich diese Arbeitskraft ab und an um die Patienten kümmern, dafür sind jedoch weiterhin das Personal wie die vorhandenen Ärzte zuständig. Diese können allerdings im organisatorischen Bereich absolut entlastet werden und sich mit ganzer Aufmerksamkeit auf die medizinischen Prozesse konzentrieren. Der Fokus liegt demzufolge zu hundert Prozent auf der Patientenschaft.

Wichtig wird sein, zukünftig auch auf die Veränderungen in der Gesellschaft zu reagieren. Themen, die in der Öffentlichkeit diskutiert werden, sollten je nachdem mal mehr oder weniger Beachtung finden. Dies hängt von Anliegen und Stärke der Diskussion ab. Was damit gesagt werden soll: Die Praxen sollten nicht nur stringent ihren Plan durchziehen, sondern ebenfalls auf die Umwelt und die Geschehnisse reagieren.

Die Behandlung sollte die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten erfüllen. Dies ist die Aufgabe in der Medizin, die es in den nächsten Jahren zu meistern gilt. Es stehen diesbezüglich einige Hürden im Weg, die in der Politik und im Allgemeinwesen zwar diskutiert werden, denen aber weiterhin zu wenig Interesse entgegenkommt. Die Ärzte in Verbindung mit den Versicherungen, den Patienten und auch den Politikern sollten diese Themen mit größerer Nachhaltigkeit betrachten und behandeln. Mit der Einführung von QM-Richtlinien wurde der erste Schritt der bundesweiten Qualitätssicherung gemacht. Diesen gilt es nun weiterzugehen und weitere Bestimmungen, welche allen Beteiligten im Gesundheitswesen von Vorteil sind, einzuführen.

Ob dies, vor allem im Hinblick auf die neu geformte große Koalition, der Fall sein wird, bleibt abzuwarten. Wie es im Koalitionsvertrag formuliert ist, stehen weiterhin die Patien-

ten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung im Zentrum.⁶⁴

Des Weiteren sollen für gesetzlich Versicherte die Wartezeiten auf einen Termin deutlich reduziert werden. Diesbezüglich soll künftig eine zentrale Terminservicestelle eingerichtet werden, die dieses Ziel ermöglichen soll. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung soll überdies ausgebaut und spezifiziert werden.

Natürlich soll allem, was im Koalitionsvertrag verankert ist Betrachtung geschenkt werden. Ob dieser Fall eintrifft, wird sich herausstellen. Betrachtet man beispielsweise die Worte des neuen Ministers für Gesundheit Hermann Gröhe, so liegt diesem vor allem das Thema Pflege am Herzen. Ohne Zweifel ist dieses Thema eines der wichtigsten in der aktuellen Zeit, dennoch werden andere Schwerpunkte zwangsläufig vernachlässigt

Schafft es die große Koalition, allen im Koalitionsvertrag festgelegten Themen in der nächsten Legislaturperiode Aufmerksamkeit zu schenken, so lässt sich auch in den nächsten Jahren eine weitere Verbesserung des deutschen Gesundheitswesens vor allem in Hinblick auf die Qualität feststellen. Ist dies nicht der Fall, werden gezwungenermaßen einige Themengebiete hinten anstehen müssen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätsmanagement in deutschen Arztpraxen und speziell der empirische Teil über die Patientenzufriedenheit, ließen für mich einen ganz neuen Einblick in dieses Fachgebiet zu. Mir war diesbezüglich vor allem die Betrachtung der gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien neu. Gewiss war einem vor Beginn der Forschungsarbeit bewusst, dass diese existieren und berücksichtigt werden müssen. In welcher Form und in welchem Wortlaut diese auftreten war unbekannt.

Des Weiteren war stets bekannt, dass die deutschen Patienten im Allgemeinen zufrieden mit dem Gesundheitswesen sind. Dass dies aber beinahe 80 % der Deutschen ist, hätte ich nicht gedacht.

Bezüglich der Korrelation von einzelnen Leistungsfaktoren mit der Gesamtzufriedenheit lässt sich erschließen, dass durchaus die meisten Faktoren auf die Zufriedenheit der Patienten wirken. Eine große beziehungsweise sehr starke Korrelation war mir dies betreffend allerdings nicht möglich zu beweisen.

Diese Erkenntnisse lassen sich ebenfalls auf die geographischen Spezifika schließen. Sowohl bei den Patienten im städtischen Ballungszentrum als auch bei den Patienten aus dem ländlichen Raum wurde die Tendenz bewiesen, dass viele einzelne Leistungsfaktoren auf die Gesamtzufriedenheit wirken. Unter diesen Faktoren besteht jedoch kein einziger mit einer starken Korrelation. Große Unterschiede sind auch nicht bei den Zufriedenheitswerten zu erkennen. Ländliche Patienten sind etwas zufriedener als städtische Patienten. Von einem großen Unterschied lässt sich in dieser Beziehung jedoch nicht sprechen.

⁶⁴ www.cdu.de, Zugriff v. 03.05.2014

Abschließend ist zu erwähnen, dass trotz der durchaus positiven Zufriedenheitswerte noch viel Potential zur Verbesserung vorhanden ist. Dieses Potential zu nutzen und die einzelnen Leistungsfaktoren patientenorientierter und mit mehr Qualität zu gestalten, ist in den nächsten Jahren unter anderem die Aufgabe aller im Gesundheitswesen tätigen Personen.

Literaturverzeichnis

Monographien und Sammelwerke

- Bühl, A. (2008). *SPSS 16 - Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Studium.
- Ernst, A. (2008). *Leitfaden zur Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen in Arztpraxen*. Paderborn: Salzwater-Verlag GmbH & Co KG.
- Grünwald, N., & Pagenkemper, C. (2004). *Qualitätsmanagement mit neuen Arbeitsformen*. Renningen: Expert-Verlag.
- Haberkorn, K. (1988). *Praxis der Mitarbeiterführung* (Bd. 241). Renningen-Malmsheim: expert verlag.
- ISO, D. E. (1995). DIN EN ISO 8402:1995-08. Deutsches Institut für Normung.
- Janz, S., & Reinecke, S. (2007). *Marketingcontrolling*. Stuttgart: W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG.
- Kahla-Witzsch, H. A. (2009). *Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Koch, D. F. (2009). *Computer-Vertragsrecht*. Freiburg: Rudolf Haufe Verlag.
- Kolb, M. (2010). *Personalmanagement - Grundlagen und Praxis des Human Resources Managements*. Wiesbaden: Gabler.
- Lohr, K., & Schroeder, S. (1990). A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *A Strategy for Quality Assurance in Medicare*.
- Rogler, G. (2008). *Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs*. (T. Kingreen, & B. Laux, Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Rothlauf, J. (2010). *Total Quality Management in Theorie und Praxis*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Stowasser, J. (1998). *Stowasser*. München: Oldenbourg Schulbuchverlag.

Thill, K.-D. (2008). *Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Sonstige Quellen

Boyle, S. (2011). *Health Systems in Transition*. United Kingdom (England): World Health Organization.

Bundesärztekammer. (2007). Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement. *Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement*, 10, 3-6. (Bundesärztekammer, K. Bundesvereinigung, & A. d. Fachgesellschaften, Hrsg.) Berlin.

Stiftung Warentest. (2009). Qualität verordnet. *Qualität verordnet*. Berlin.

Internetquellen

Bestmann, B., & Verheyen, F. (2010). *Techniker Krankenkasse*. (W. I. Gesundheitswesen, Herausgeber) Abgerufen am 8. März 2014 von <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/224246/Datei/2088/WINEG%20Wissen%20-%20Patientenzufriedenheit.pdf>

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (6. März 2014). *Gesetze im Internet*. Abgerufen am 6. März 2014 von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html

Bundesvereinigung, K. (kein Datum). *KBV*. Abgerufen am 13. März 2014 von http://www.kbv.de/media/sp/Kurzinformation_zur_QM_Richtlinie_2012.pdf

CDU, C. S. (28. November 2013). *CDU*. Abgerufen am 03. Mai 2014 von <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>

DATEV. (2014). *Datev*. Abgerufen am 15. März 2014 von <http://www.datev.de/portal/ShowContent.do?pid=dpi&cid=208811>

Duden. (16. März 2014). *Duden Online*. Abgerufen am 16. März 2014 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Qualitaet>

G-BA. (23. Januar 2014). *Gemeinsamer Bundesausschuss*. Abgerufen am 21. März 2014 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-864/%C3%84QM-RL_2014-01-23.pdf

- G-BA. (18. Oktober 2005). *Gemeinsamer Bundesausschuss*. Abgerufen am 23. März 2014 von http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf
- Hannen, R. (2001). *Deutsches Ärzteblatt*. Abgerufen am 21. März 2014 von <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=29002>
- Hill, U.-P. D. (2008). *DHV-Speyer*. Abgerufen am 17. März 2014 von <http://www.dhv-speyer.de/HILL/Lehrangebot/Wintersemester-2008/Qualit%C3%A4tsmanagement/Fuhrmann/Pr%C3%A4sentation.pdf>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2011). *KBV*. Abgerufen am 22. März 2014 von KBV: http://www.kbv.de/media/sp/QM_Systeme_im_Vergleich_KBV_2011.pdf
- Köcher, P. D. (1. April 2014). *MLP-AG*. Abgerufen am 1. April 2014 von <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/586006/data/presentation.pdf>
- Kühn, H. (August 1996). *Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Discussion Paper P 96-207*. Abgerufen am 6. März 2014 von <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-207.pdf>
- Lintner, R. (2013). *DAK*. Abgerufen am 15. März 2014 von http://www.dak.de/dak/download/Pressemitteilung_Patientenrechte_in_Bayern-1318008.pdf
- Lüngen, M., & Siegel, M. (11. November 2011). *Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung*. Abgerufen am 3. März 2014 von http://gesundheitsoekonomie.uk-koeln.de/forschung/schriftenreihe-sgm/2011-11_-determinanten_patientenzufriedenheit.pdf
- Neugebauer, B., & Porst, R. (November 2001). *Gesis*. Abgerufen am 1. April 2014 von http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2001/01_07.pdf
- Piechotta, B. (2008). *Springer*. Abgerufen am 16. März 2014 von www.springer.com/cda/content/document/cda_downloadaddocument/9783540757412-c1.pdf?SGWID=0-0-45-528903-p173788211
- Prof. Dr. Köcher, R. (1. April 2014). *MLP*. Abgerufen am 20. April 2014 von MLP: <http://www.mlp-ag.de/#!/presse/gesundheitsreport>

- Rau, J. (18. Mai 2004). *Der Bundespräsident*. Abgerufen am 5. März 2014 von http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Johannes-Rau/Reden/2004/05/20040518_Rede.html
- Statistik Stuttgart*. (21. September 2013). Abgerufen am 30. April 2014 von <http://statistik-stuttgart.de/spearman-versus-pearson-korrelation/>
- Team, P. (kein Datum). *Awf-Arbeitsgemeinschaft*. Abgerufen am 4. April 2014 von <http://www.awf-arbeitsgemeinschaft.de/download/PDCA-Zyklus-Panskus-PDD.pdf>
- VDEK Die Ersatzkasse*. (kein Datum). Abgerufen am 21. April 2014 von http://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html
- Weber, A. (2012). *Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)*. Abgerufen am 8. März 2014 von <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Publikation/KVB-FORUM/FORUM-2012-05/FORUM/KVB-FORUM-5-2012-Titelthema-QM-in-der-Praxis.pdf>
- WHO. (2006). *World Health Organization*. Abgerufen am 16. März 2014 von http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- Würzburg, U. (2012). *Universitätsklinikum Würzburg*. Abgerufen am 1. April 2014 von <http://www.ukw.de/startseite/infos-fuer-patienten/patientenbefragung-2012.html>
- Zeta Apotheke*. (2009). Abgerufen am 21. März 2014 von http://www.zeta-apotheke.de/downloads_inhalt/2009-02-13-Vergleich_ZetA-vs-andere-QM-Systeme_komplett-Rev_2.pdf

Anlagen

Anlage 1: Daten-CD

- Ordner 1: Daten (Alle Umfragedaten, SPSS, Umfragedaten Surveymonkey)
- Ordner 2: Entwurf des Fragebogens
- Ordner 3: Literatur (PDF Datei: Stiftung Warentest – Qualität verordnet)
- Ordner 4: Bachelorarbeit im PDF-Format

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname